

PSICO-ONCOLOGIA: PROPOSTA DE TRABALHO DE APOIO PSICOSSOCIAL AOS PACIENTES COM CÂNCER

PSYCHO-ONCOLOGY: PROPOSAL OF WORK OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT TO THE PATIENTS WITH CANCER

Teixeira EB* & Pires EF**

RESUMO: Este trabalho verificou a ocorrência de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes de câncer, bem como a atuação de profissionais de Psico-oncologia, em um contexto no qual os pacientes sentem-se inseguros e vulneráveis. A finalidade da averiguação foi delimitar, através de publicações, instrumentos utilizados por profissionais envolvidos no tratamento, a fim de reduzir o sofrimento destes e seus familiares. Propôs ainda, ser facilitador para o enfrentamento e convívio com a doença. Este estudo promove uma reflexão em torno da formação acadêmica dos profissionais da saúde, resultando em melhor qualidade de vida aos pacientes. O método utilizado para a coleta de dados consistiu de uma revisão bibliográfica através da busca eletrônica nos sites: Dedalus / Sibi (conectado via Internet, contendo o acervo de obras da USP) e Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*). Além disso, também teve o acesso às bibliotecas de universidades da cidade de Guarulhos e São Paulo. Com os resultados alcançados, poder-se-á promover trabalhos de esclarecimentos e aconselhamento aos profissionais da área de oncologia, que possam contribuir para facilitar a integração destes com os pacientes e familiares, evitando desajustamento pessoais que, com o passar do tempo, necessitariam de apoio especializado e mais custoso.

PALAVRAS-CHAVE: Tratamento oncológico. Pacientes de câncer. Psico-oncologia. Intervenção psicossocial. Apoio psicossocial e cuidadores.

ABSTRACT: *This study examined the occurrence of work of psychosocial support to the cancer patients, as well as the performance of professionals of Psycho-oncology, in a context in which the patients feel themselves unsafe and vulnerable. The purpose of the present study was to delimit, through publications, instruments used by involved professionals in the treatment, in order to reduce the suffering of these and their families. It still considered, to be a facilitator for the facing and living with the illness. This study promotes a reflection around the academic formation of the professionals of the health, resulting in better quality of life to the patients. The method used for the collection of data consisted of a bibliographical revision through the electronic search on sites: Dedalus/Sibi (connected way Internet, containing the collection of works of USP) and Scielo (Scientific Eletronic Library Online). Moreover, they also had the access university libraries in the city of Guarulhos and São Paulo. With the reached results, it will be able to be promoted works of clarifications and advice to the professionals of oncology, who can contribute to facilitate the integration of these with the patients and families, avoiding personal maladjustment that, with passing of the time, would need specialized support and costly.*

KEYWORDS: *Oncology treatment. Patients of cancer. Psycho-oncology. Psychosocial intervention. Psychosocial support and caregivers.*

* Elizabeth Batista Teixeira

** Eliana Ferrante Pires - Psicóloga, professora universitária da UnG, psicanalista atuando em consultório particular e empresária de ensino. e-mail: pirese@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Desde 1995, o Instituto Nacional do Câncer – INCA¹, estima e publica anualmente a incidência de câncer, com o objetivo de subsidiar gestores e planejadores na área da saúde, com informações atualizadas sobre casos novos e mortes por câncer. Segundo as divulgações do INCA, atualmente no Brasil, o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença. As estimativas para o ano de 2008 e válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer.¹

Essas publicações são importantes para divulgar a magnitude do problema do câncer e projetar a preparação de recursos humanos para a cobertura de serviços de atendimento oncológico no país. O INCA, órgão de referência nacional no tratamento dessa patologia, apenas em 1979 contratou o primeiro psicólogo.¹

Em 1985 o setor de psicologia passou a ser um setor independente, com um corpo formado por seis profissionais. Em 2003 esta instituição cria o primeiro curso de especialização em Psicologia Oncológica, formando dez profissionais. Entretanto, muitas dúvidas permeiam este campo, que demanda decisões amplas, incluindo os vários setores diretamente envolvidos, bem como a sociedade como um todo.¹

Uma das dúvidas que aparecem em discussão envolve a continuidade ou não de certos tratamentos, quem decide e quais os critérios utilizados para a decisão final.¹

É uma decisão individual ou envolve várias instâncias? Se a decisão couber ao paciente, fica a dúvida se ele estará devidamente capacitado para decidir. Há também nesta abordagem a discussão sobre decisões que envolvem o risco de morte, onde os profissionais podem ser apontados pelos familiares e/ou pela sociedade de irresponsáveis, ao deixar a decisão por conta do paciente. Além disso, entra a questão se o mais importante para um sujeito é uma vida com melhor qualidade, embora mais curta ou uma vida longa com sofrimento e limitações?²

Nesse contexto existe também a preocupação com a pessoa do profissional encarregado de cuidar desses pacientes oncológicos. Tem-se um grande desgaste nesse relacionamento, chegando até gerar estresse.

Na temática de estresse no trabalho, de acordo com Jacques (2004),³ há uma certa unanimidade entre os autores de que o estresse se constitui em um quadro psicopatológico quando se cronifica. Esta pesquisa aborda a hipótese básica de que os profissionais da área de oncologia necessitam de treinamento e orientação técnica, para lidar com o cotidiano de cuidar.

Surge, então, o problema de pesquisa:

- Ocorre trabalho de apoio psicossocial aos pacientes de câncer?

A partir desse problema de pesquisa, promoveu-se a coleta de dados bibliográficos, que possam delimitar métodos eficientes de intervenção psicoterapêuticas e de suporte no contexto oncológico, favorecendo o enfrentamento da doença e oferecendo aos pacientes a chance de passar por esta etapa de suas vidas com dignidade, minimizando de alguma forma, seus níveis de angústia.

Esse estudo bibliográfico visa contribuir para o desenvolvimento de suporte psicológico diante das dúvidas que permeiam este campo, citadas acima, justamente no momento em que os pacientes sentem-se inseguros e vulneráveis, buscando amenizar, o quanto possível suas maiores dificuldades. Além disso, esse estudo é útil para promover uma reflexão em torno da formação acadêmica dos profissionais da saúde, resultando em melhor qualidade de vida aos pacientes.

OBJETIVOS

A finalidade da averiguação foi delimitar, através da literatura existente, instrumentos utilizados por profissionais envolvidos no tratamento de pacientes oncológicos, a fim de reduzir o sofrimento deles e seus familiares. Propõe ainda, ser facilitador para o enfrentamento e convívio com a doença, resultando em melhor qualidade de vida.

Para tal finalidade se fez necessário: verificar através da literatura pertinente, a ocorrência de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes de câncer e familiares; verificar na literatura existente, a atuação de profissionais de Psico-oncologia; examinar bibliografias que discutem a relação entre estresse e o tratamento da doença; verificar na literatura existente o que pode influenciar a não adesão ao tratamento;

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer

O câncer é doença que apresenta um processo de crescimento desordenado de células anormais em diferentes partes do organismo (com exceção do coração) e o seu desenvolvimento afeta tanto crianças, quanto adultos.⁴ O modelo biomédico interpreta e pressupõe a doença como “um mal do corpo”, o que é um reflexo da dicotomia cartesiana. Os processos psicológicos e sociais estão excluídos desse modelo.⁵

Alguns estudos revelam que há indícios sobre a existência de uma relação entre o aparecimento do câncer

e um funcionamento inadequado do sistema imunológico, que é responsável pela defesa do organismo contra doenças em geral produzidas pela infecção de vírus e bactérias, e também contra a produção de células anormais, tais como as células do câncer. Fatores psicossociais (hábito de vida, fumo, álcool, drogas, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e principalmente a exposição ao nível de estresse inadequado) contribuem comprovadamente para o mau funcionamento do sistema imunológico e podem estar correlacionados ao surgimento do câncer.⁴

A psiconeuroimunologia tem fornecido enormes contribuições ao desenvolvimento da Psico-oncologia. Seus avanços vêm demonstrando de forma irrefutável, a relação entre o funcionamento do sistema imunológico e as emoções. Isso é revelado pelas pesquisas iniciais de Amkraut e Solomon (1975),⁶ citados por Mello Filho e Moreira (1992),⁷ que relacionam algumas doenças, como o câncer, às disfunções do sistema imune, as quais são induzidas pelo estresse mediadas pelo sistema endócrino.

Mello Filho e Moreira (1992)⁷ fazem referência aos estudos de Jerne (1974),⁸ os quais propiciam a compreensão do sistema imune como um mediador das relações do indivíduo consigo próprio e com o meio externo, pela percepção de estímulos não cognitivos, como bactérias, vírus e diversas alterações no meio interno, envolvendo-se portanto na manutenção da integridade corporal, como um sistema autorregulável, adaptativo e da vida de relação, e operando em íntima associação com o sistema endócrino.⁸

Conforme Costa Júnior (2001),⁴ há também crenças e comportamentos que estigmatizam o paciente oncológico, isolando-o do convívio social, no qual prejudicam o combate à doença, diagnóstico precoce e prevenção.

O câncer é doença que possui aspectos multietiológicos, sendo ainda apontados os fatores pessoais, fatores genéticos (hereditariedade para alguns tipos), fatores ambientais (exposição à radiação, poluentes, conservantes alimentares), ocupação e estilo de vida como relevantes no processo de adoecer por câncer.⁹

Para que a doença se desenvolva, “parece ser necessária uma operação conjunta de vários fatores, tais como a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, determinados vírus, algumas substâncias alimentícias e outros fatores”.¹⁰

Segundo Carvalho, Tonani e Barbosa (2005),⁹ é determinante para a prevenção e controle dessa doença, o grau de conhecimento desses fatores e sua relação com o câncer, tanto por parte da população quanto dos profissionais da área de saúde. As ações preventivas ou de re-

abilitação, poderão evitar perdas de vidas e proporcionar melhores condições de sobrevivência.

Carvalho, M. M (2002) salienta que a descoberta de tratamentos novos, foram modificando, a partir do século XX, a visão do câncer como sentença de morte. Novas informações sobre as causas e os processos de câncer, e novos tratamentos – radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e outros – começaram a modificar o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevivência e cura, em um grande número de casos.¹¹

Psico-oncologia

A Psico-oncologia é a área de interface entre a oncologia e a psicologia, e visa o bem estar do paciente de câncer, bem como sua qualidade de vida.⁵ Abrange a assistência ao paciente, família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e a fase em que os pacientes se encontram fora dos recursos de cura da doença.

O corpo teórico e prático da Psico-oncologia se constituiu assim que ressaltada a importância do modelo biopsicossocial para a compreensão da etiologia do câncer e seus processos, e as suas consequências físicas e psíquicas.¹⁰

Os primeiros estudos da ligação corpo e mente no câncer tiveram início na Grécia, mas a expansão somente ocorreu no século XIX, com a Psicanálise. Quando a medicina é submetida aos rigores da ciência, o câncer passa ser estudado em melhores condições. Nos fins do mesmo século, com o aparecimento da anestesia, inicia-se a grande trajetória nos avanços das pesquisas em relação à doença.¹⁰

Há 2.300 anos antes do advento da psicologia científica, os gregos formularam duas “teorias”: a platônica, que postulava a imortalidade da alma e a concebia separada do corpo, e a aristotélica, que afirmava a mortalidade da alma e a sua relação de pertencimento ao corpo.¹²

No século XIX, temas da psicologia que eram estudados exclusivamente pelos filósofos, começam a ser investigados pela fisiologia e pela neurofisiologia. Sigmund Freud (1856/1939), alterou radicalmente o modo de pensar a vida psíquica. Ele colocou como problemas científicos, as regiões obscuras do psiquismo, como as fantasias, os sonhos e os esquecimentos. A investigação sistemática desses problemas levou Freud à criação da Psicanálise. Usa-se o termo Psicanálise para se referir a uma teoria, a um método de investigação e a uma prática profissional.¹²

Segundo Cobra (2003),¹³ a Psicanálise é ao mesmo

tempo um modo particular de tratamento de desequilíbrio mental e uma teoria psicológica que se ocupa dos processos mentais inconscientes. É uma teoria da estrutura e funcionamento da mente humana e um método de análise dos motivos do comportamento. E ainda uma doutrina filosófica e um método terapêutico de doenças de natureza psicológica supostamente sem motivação orgânica.

Ao serem incorporados, esses conhecimentos, na Psicanálise, foi aberto o caminho para um número grande de conceitos subordinados que eram novos, como os de atos sintomáticos, sublimação, perversão, tipos de personalidade, recalque, transferência, narcisismo, projeção, introjeção, etc. Por isso constituiu-se a Psicanálise, em um modo novo de abordar as condições psíquicas correspondentes a estados de infelicidade e a comportamentos anti-sociais, e deu nascimento ao tratamento clínico psicológico e psiquiátrico moderno.¹³

A profissão de psicólogo foi criada em 1962, através da Lei 4.119 de 27/08/1962. Nesse momento já existiam alguns cursos de Psicologia em níveis de graduação e especialização.¹⁴ Nessa época, também já existia a Associação Brasileira dos Psicólogos, criada em 1954, com sede no Rio de Janeiro. Segundo o autor, com a primeira turma do curso de Psicologia, formada pela PUC do Rio de Janeiro, em 1960, as várias especialidades começaram a aparecer, tanto nas atividades práticas quanto em reuniões científicas, indicando, assim, a consolidação da profissão.¹⁴

As equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só foram requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 70 do século XX, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na dificuldade da informação do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família, e atualmente essas equipes têm também a incumbência de fazer com que os profissionais envolvidos no tratamento, compreendam que estamos tratando de um ser humano e não apenas da enfermidade trazida por ele.¹¹

A partir da publicação da portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da união em 14 out. 1998, passa a ser oficial e determina a presença obrigatória do psicólogo clínico nos serviços de suporte, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em oncologia junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.¹⁵

A atuação do psicólogo junto à área de oncologia consiste em identificar fatores psicológicos e sociais, no aparecimento, desenvolvimento, tratamento e reabilitação do paciente com câncer e sistematizar um corpo de conhecimentos que possa permitir a assistência integral do paciente com câncer e sua família, bem como a

formação de profissionais de saúde especializados com o seu tratamento, assim, colocando em prática os objetivos da Psico-oncologia.⁴

O câncer como ponto de mutação

Um dos pioneiros da Psico-oncologia chama-se Lawrence Leshan. Ele descobre que a história da vida emocional das pessoas desempenha importante papel na tendência ao aparecimento do câncer. Diz que o câncer é a doença da *não expressão*.

A proposta de Leshan (1992)¹⁶ presa pela individualidade, afirmando que as pessoas têm necessidades diferenciadas e portanto requerem tratamento personalizado, sendo que cada pessoa é única e só pode ser compreendida no contexto de sua herança genética e experiências de vida particulares e na forma como interagiram.

Leshan (1992)¹⁶ trabalhando com a abordagem humanista da psicologia, busca enfatizar o que o paciente tem de melhor, em vez de trabalhar apenas sobre suas dificuldades. Fala em métodos para causar transformações psicológicas, associadas a tratamentos médicos, para mobilizar um sistema imunológico comprometido para cura. Mobilizar os poderes individuais de auto-cura e colocá-los em ação na busca pela saúde.

Em seu trabalho, conduz a pessoa a despertar em si motivação para alcançar seu ponto de mutação, “descobrir ou re-descobrir a sua canção interior”. Ressalta a importância de que a família rapidamente se torne uma força positiva para o crescimento do paciente¹⁶. Pressupõe que raramente as pessoas intimamente envolvidas com câncer – pacientes, famílias, profissionais – possuem informações a respeito de uma área crucial: a mobilização da capacidade de auto-cura do paciente, para que ela possa colaborar com o tratamento médico. Sua preocupação foi conduzir pessoas a encontrar novas e eficientes maneiras de lutarem por suas vidas¹⁶.

Diagnóstico e tratamento

De acordo com Souza (2003)¹⁷ a simples menção da palavra câncer, já provoca impacto acompanhado de significações metafóricas, refletindo a idéia de algo que consome silenciosa e implacavelmente.

A atuação da Psico-oncologia se dá então, desde a prevenção até quando não há mais possibilidades de redução do tumor ou cura, com uma especialidade que recebe o nome de cuidados paliativos.

Normalmente o diagnóstico se inicia pela retirada

do tecido doente, através de procedimento cirúrgico e é realizado o exame conhecido por biópsia ou punção. Segundo Souza (2003)¹⁷, receber o diagnóstico de câncer, representa uma ameaça que engloba integridade física, perda de objetos de relacionamento, necessidades sexuais e afetivas, quebra na execução de projeto de vida, sonhos e possíveis realizações.

Oito preocupações são constantes na vida de pacientes que vivenciam doenças crônicas que ilustram claramente os maiores problemas trazidos também pelas mulheres com câncer de mama: 1) perda do controle sobre a vida; 2) mudanças na autoimagem; 3) medo da dependência; 4) estigmas; 5) medo do abandono; 6) raiva; 7) isolamento e 8) morte. O medo da progressão da doença e da recidiva são outras preocupações constantes¹⁸.

Os tratamentos de câncer mais comuns são: cirurgia (retirada do tumor), quimioterapia (tratamento sistêmico através de substâncias químicas para células e tumores – QT), radioterapia (tratamento local através de partículas radioativas – RT), hormonoterapia (utilizada para casos de tumores originados dos hormônios) e Grupo de Apoio Psicológico aos pacientes, amparado teoricamente pela Psico-oncologia. O tratamento não é objetivo da Psico-oncologia, mas tem uma monitoração, quando as pessoas fogem do tratamento¹⁹.

Segundo Kurita e Pimenta (2004)²⁰, o comportamento de adesão ao tratamento é multifatorial, complexo e difícil de ser avaliado. Relaciona-se às características da doença, do tratamento, dos profissionais envolvidos e do perfil psicocultural dos doentes. A não adesão pode resultar em progressão da doença, piora da qualidade de vida, ônus econômico ao indivíduo, ao serviço de saúde e à sociedade.

Kurita e Pimenta (2004)²⁰ concluem em sua pesquisa, que os índices de adesão parcial e não adesão ao tratamento medicamentoso foram altos e que o índice de acerto de ingestão medicamentosa foi baixo. A adesão ao tratamento foi insuficiente e não variou ao longo de seis meses. Supunha-se que a adesão seria mais elevada no início e diminuiria com o tempo, o que não ocorreu. Os índices de não adesão e de acerto de ingestão medicamentosa observados descrevem valores entre 30% e 70% de não adesão ou adesão parcial. Tais dados são preocupantes e indicam a necessidade de intervenções que melhorem a adesão.

De acordo com Kurita e Pimenta (2004)²⁰, a intensidade da dor diminuiu ao longo do tratamento e essa diferença foi estatisticamente significativa (8,3 na primeira avaliação e 6,5 a menor média). Apesar de

estatisticamente diferente, é possível que a expressão clínica dessa diferença seja modesta, isto é, a dor pouco aliviou, e isto contribuiu para a manutenção dos altos índices de não adesão e adesão parcial.

Segundo Dela Coleta (1987)²¹, quem acredita que os resultados ao menos em parte, são dependentes das ações tomadas, é considerado internamente orientado. Aquele que tem orientação externa geralmente não acredita ou crê pouco na relação entre resultado e ação individual. Um modelo que propõe ser a crença do indivíduo (motivação interna e externa) que determina a ação a ser tomada, é denominado *locus de controle*.

Conforme descrevem Kurita e Pimenta (2004)²⁰, indivíduos com estado de saúde precário podem viver situações de impotência causadas por diversos fatores, que incluem mudanças relacionadas à doença até a interação com a equipe de saúde. O *locus de controle* influencia o comportamento do doente diante do problema de saúde, direcionando a percepção do indivíduo para fatores dependentes de si ou de forças externas. Conhecer a orientação do *locus de controle* do doente é importante para que se antecipem as mudanças que ele necessitará fazer tendo em vista o melhor manejo do tratamento.

Entretanto, Kurita e Pimenta (2004)²⁰, descrevem que é importante ter em mente a falta de sustentação empírica do *locus de controle* da saúde. Há controvérsias sobre a orientação desejável e a falta de dados sobre diversos fatores como o comportamento prévio, o suporte social, a motivação, a percepção dos custos, os benefícios das ações e as atitudes em relação aos profissionais de saúde, entre outros, que compõem o estilo de *locus de controle*.

Os estudos de Kurita e Pimenta (2004)²⁰, demonstraram doentes com tendência a crer que o cuidado à saúde depende mais de outros do que de si próprio. Segundo as autoras, tais resultados mostram a importância das crenças no manejo do tratamento da dor crônica e que intervenções específicas, visando incrementar a adesão, devem ser testadas.

Segundo Souza (2003)¹⁷, para se conseguir aderência e confiabilidade no tratamento, e diminuir o estresse causado pelo conhecimento do diagnóstico, é fundamental que o profissional esteja preparado para passar as informações.

Geralmente os procedimentos são apresentados aos pacientes, mas devido à linguagem utilizada eles não podem compreendê-los. Em tempos atrás, o diagnóstico não era informado ao paciente e a equipe médica acreditava que devido às ansiedades que esse diagnóstico causava, era melhor manter o paciente na ignorância. Porém,

percebe-se que o paciente, a partir de suas observações apuradas de comportamentos e falas da equipe médica e algum conhecimento do seu próprio corpo, acaba fechando um diagnóstico por si mesmo, gerando angústias, medo e causando incertezas¹⁷.

Segundo Souza (2003)¹⁷, esse momento, ao receber o diagnóstico de câncer, é vivido com certa ansiedade e depressão e as reações dependem muito do contato com a equipe multiprofissional.

A relevância do esclarecimento por parte dos profissionais envolvidos está em proporcionar ao paciente tranquilidade para reagir com menor ansiedade e encontrar um alívio existencial importante. Essa condição de disponibilidade para ouvir as dúvidas que surgem, proporcionam um relacionamento marcado pela reciprocidade e participação¹⁷.

O cuidar emerge de um processo de interação entre o paciente, a família e o profissional que necessita *colocar-se no lugar do outro* para identificar suas reais necessidades²²⁻²⁴. Para o médico, o cuidar é visto ora como gratificante, ora como frustrante²⁵. De acordo com a evolução de cada paciente, acontece o envolvimento emocional, conflitos entre vida pessoal e profissional e a dificuldade em lidar com a dor, sofrimento e sentimentos de impotência.

Já o envolvimento emocional do enfermeiro com o paciente e seus familiares se estabelece principalmente por causa da agressividade e longevidade do tratamento.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do preparo psicológico da enfermagem, entendendo que a conscientização acerca dos aspectos emocionais envolvidos na atuação cotidiana da equipe facilita e aprimora o cuidado, onde a técnica seja mais um instrumento para o cuidar e não seu foco principal²³.

Psicologia Hospitalar

Profissionais da área de saúde podem se especializar na Psico-oncologia. No Brasil, ela está inserida na Psicologia Hospitalar. Porém, a especialidade da Psicologia no Brasil, denominada Hospitalar é inexistente em outros países²⁶. Entram na questão a saber se a Psicologia da Saúde corresponde ao mesmo que Psicologia Hospitalar e chegam ao consenso de que esse dois conceitos não são equivalentes, pelo próprio significado de tais termos - saúde e hospital.

A prevenção na área da saúde, é abordada em três etapas:

1) *prevenção primária*: que é relativa à promoção e educação para saúde quando não existem problemas de

saúde instalados;

2) *prevenção secundária*: que é quando já existe uma demanda e o profissional atua prevenindo seus possíveis efeitos adversos;

3) *prevenção terciária*: que é relativa ao trabalho com pessoas com problemas de saúde instalados, atuando para minimizar seu sofrimento;

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença, abrangendo a prevenção primária, a prevenção secundária, e a prevenção terciária. Já o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar, tem sua função centrada nos âmbitos de prevenção secundária e prevenção terciária de atenção à saúde, atuando em instituição de saúde²⁶.

Pode ser inadequado falar em Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar como sinônimos, pois intervenções em saúde, a serem realizadas fora do hospital, podem não ser supridas, principalmente aquelas relativas à prevenção primária²⁶.

No decorrer de suas pesquisas, Castro e Bornholdt (2004)²⁶, discutem sobre as possibilidades de termos a Psicologia Hospitalar inserida na Psicologia da Saúde, intervindo em diferentes contextos do âmbito sanitário.

Segundo Reis (2007)²⁷, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar são dois campos distintos, porém entrelaçados. A Psicologia da Saúde busca uma visão macro da Saúde, com questões relacionadas à saúde pública, epidemiologia e política. A Psicologia Hospitalar enfatiza a atuação do Psicólogo dentro do hospital.

Notando a vulnerabilidade da instituição hospitalar diante da ação e mitificação da doença e as polêmicas e divergências entre os profissionais envolvidos na temática, Meleti (1984)²⁸ coloca a refletir sobre o sistema de saúde oncológica e a busca de um tratamento que esteja de acordo com a realidade de cada paciente, atentando para o fato de que cada pessoa é única e tem suas necessidades diferenciadas.

De acordo com Costa Júnior (2001)⁴, para que a psicologia possa auxiliar os pacientes em tratamento de câncer, é importante que os hospitais e as equipes de saúde considerem a influência de alguns fatores, tais como, a necessidade de substituição de modelos médicos tradicionais por abordagens que priorizem a atenção global ao paciente e seus familiares, utilizando-se equipes interdisciplinares de saúde; o reconhecimento da relevância da adesão do paciente ao tratamento prescrito como fator que contribui para um bom prognóstico clínico; além do reconhecimento de que a causa e o tratamento do câncer estão associados a

fatores de natureza psicossocial, indicando a necessidade do desenvolvimento de estratégias eficientes que possam humanizar o tratamento e assegurar a participação ativa do paciente nas diversas fases do tratamento.

A compreensão da influência destes fatores contribui para delimitar a intervenção profissional dentro do campo da oncologia, bem como, há também a necessidade da compreensão mais precisa dos relacionamentos estabelecidos entre o paciente de câncer e os cuidadores⁴.

Segundo Campos (1998)²⁹, cada dia mais a necessidade da multidisciplinaridade da equipe de cuidadores se torna evidente. Está comprovada a diminuição do estresse da equipe, se as decisões são tomadas em conjunto, e não isoladamente como sempre foi feito. Os médicos sentem-se mais apoiados ao dividir com outros profissionais da equipe de saúde as dúvidas e mesmo outros estados emocionais que possam ocorrer²⁹.

Entre os tipos de respostas a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho se encontra o que foi denominado de Síndrome de *Burn-out* – ou Síndrome de Esgotamento Profissional, colocada como incapacidade de resolver os problemas alheios, sendo que tal síndrome é prevalente entre trabalhadores na área da saúde⁴.

Venâncio (2004)³⁰, relata que atualmente, percebe-se uma maior inserção do psicólogo na área da Saúde, porém, muitas conquistas ainda podem ser feitas buscando uma maior integração entre os diversos profissionais da área de saúde, visando a criação de um espaço próprio para a atuação do psicólogo. A autora acredita que é importante maior congregação entre os psicólogos hospitalares atuantes na área oncológica, ampliando os espaços de trocas e de produção científica, e ainda a valorização dos cursos de especialização nessa área para a formação de profissionais capacitados para a realização de um bom trabalho. Segundo a autora, a divulgação da relevância do trabalho do psicólogo no âmbito da oncologia, pode criar uma demanda e reconhecimento para esse profissional.

Orientação Profissional

Nos anos 80, Maria Margarida M. J. de Carvalho introduziu no Brasil, o Programa Simonton, baseado nos aportes da Psicoterapia Breve¹⁰.

Esse programa se refere a um método psicoterapêutico de tratamento do câncer que inclui técnicas de relaxamento e visualização. Esse método defende que toda mudança no estado emocional, consciente ou inconsciente, é acompanhada de uma mudança apropriada no estado fisiológico³¹.

Maria Margarida M. J. de Carvalho criou uma metodologia de Orientação Profissional e inovou na área da Psico-oncologia. Ao lado da Psicóloga Maura Camargo Mastrobuono e outros profissionais da saúde, Carvalho funda em 1984, o Centro Alfa (Apoio e Autoconhecimento dos Processos de Câncer) com a finalidade de oferecer esse programa aos pacientes de Câncer, suas famílias e profissionais da saúde que os assistem. Em 1987, o corpo técnico do Centro Alfa se juntou ao CORA - Centro Oncológico de Recuperação e Apoio, um centro de autoajuda coordenado por pacientes e ex-pacientes de Câncer (iniciado em 1986 por um grupo liderado por Edith Elek e Egydio Bianchi), e aprofunda então, o conhecimento do Programa Simonton³².

Em 1992 um grupo de profissionais da área de saúde, ligados à Psico-oncologia, que trabalhava em hospitais, grupos de apoio, serviços públicos ou consultórios, promoveu reuniões em São Paulo, com a finalidade de organizar um Congresso de Psico-oncologia. Inicia, com a participação de Maria Margarida M. J. de Carvalho, no Instituto Sedes Sapientiae, o primeiro curso de Psico-oncologia realizado em nível universitário, formando no conjunto uma visão do que é e como se faz Psico-oncologia.

Foi realizado em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia, com a meta de divulgar a Psico-oncologia. Meta essa, que foi atingida em boa proporção. Mas a sua maior relevância foi o estímulo para criação de serviços de atendimento ao paciente oncológico, inspirados aos que foram apresentados e o desenvolvimento de um campo de conhecimentos e atividades. Grupos em Salvador, Recife, Fortaleza, Goiás e Guarulhos são exemplos da proliferação¹⁰.

Segundo Venâncio (2004)³⁰, na literatura internacional observa-se que, grande parte das pesquisas utilizam a abordagem cognitivo-comportamental para as intervenções com os pacientes de câncer. Já no Brasil as “terapias expressivas” são as mais usadas. Essas terapias buscam a compreensão do significado simbólico da doença e dos conflitos emocionais inconscientes ligados ao adoecimento, não dando muita ênfase na mobilização dos recursos cognitivos para se adequar melhor à situação.

Na abordagem Simonton trabalha para ajudar os pacientes oncológicos a acreditar que podem influenciar o seu estado de saúde e que a mente, o corpo e as emoções podem ser colaboradores trabalhando em conjunto para criar saúde³¹.

O método Simonton preconiza que o surgimento do câncer ocorre em virtude de múltiplos fatores e principalmente de problemas agravados por uma série de situações

de estresse surgidos de 6 a 18 meses antes do aparecimento da doença. A equipe multidisciplinar deve levar em conta não somente os aspectos orgânicos e físicos, mas também o que está ocorrendo no restante da vida do paciente. Nessa abordagem não se nega a possibilidade da morte. Ao contrário, se trabalha muito com os pacientes para ajudá-los aceitar a idéia da morte como algo possível³¹.

Os profissionais que atuam na Psico-oncologia são seguidores de várias linhas teóricas – Psicanálise, Análise Gestáltica, Cognitiva Comportamental, Psicodrama – sendo o ponto de união desta área o paciente de câncer. Suas dificuldades, necessidades, problemas precisam ser atendidos, seja facilitando um melhor enfrentamento da doença e permitindo uma convivência melhor com ela, seja melhorando o estado psicológico e esse levando a um melhor estado geral orgânico, auxiliando na recuperação e na cura, se possível¹¹.

Dentro desse movimento de humanizar e de ampliar a assistência para além dos limites técnicos, os estudos da área psicológica enfocam estratégias de atuação do psicólogo com a descrição de programas de intervenção que objetivam a apropriação e elaboração das situações desencadeadas pelo câncer na vida do paciente e de sua família³³.

Psico-oncologia: treinamento teórico-prático em Guarulhos

O trabalho de arregimentação junto aos alunos de Psicologia, iniciou-se em 1994, quando o Projeto de Ação Docente-Discente em Atendimento à Comunidade (PADDAC) é solicitado a atuar junto ao Posto de Assistência Médica de Guarulhos (PAM), oferecendo ajuda psicológica aos pacientes de câncer de mama. Esse trabalho é filiado à SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICO-ONCOLOGIA²⁹.

Em 1997, os grupos se transferem do PAM para as dependências da Universidade Guarulhos. Atualmente o Grupo de Apoio ainda funciona na Universidade, novos alunos são voluntários, e a equipe continua sendo multidisciplinar unindo profissionais de saúde do PAM e voluntários da Universidade.

Segundo Pires (2003)³⁴, a Universidade Guarulhos e o PADAAC estiveram representados no 4º Congresso Mundial de Psico-oncologia, realizado em Hamburgo, na Alemanha, em setembro de 1998, através do programa de apoio à mulheres mastectomizadas, o qual foi apresentado como tema livre, pela Professora Dra. Elisa M. Parayba Campos.

O treinamento teve início com uma equipe multi-

disciplinar vivenciando e experimentando aquilo que posteriormente seria oferecido às pacientes. Atualmente esse treinamento é oferecido aos alunos a partir do quarto semestre do curso de Psicologia, da Universidade Guarulhos, ministrado pela psicóloga Eliana Ferrante Pires, e ao ser finalizado o treinamento, alguns dos participantes, são convidados a ingressarem aos Grupos de Apoio.

O programa ficou denominado como: “A atuação do estudante de Psicologia frente a Grupos de Apoio Psicológico para pacientes oncológicos: uma abordagem psicossocial”, devido a grande demanda de pacientes portadores de diversos tipos de câncer, além das mulheres mastectomizadas³⁴.

O trabalho conta com a participação dos cursos de Nutrição e Fisioterapia, oferecendo toda a orientação nutricional preventiva e assistência fisioterápica para casos com indicação médica³⁴.

Esse treinamento é oferecido em dois módulos, sendo o primeiro teórico, onde são estudadas as principais prerrogativas da Psico-oncologia no Brasil, bem como seu campo de atuação. O segundo módulo se refere ao treinamento propriamente dito, em que o aluno adquire a prática em lidar com Grupos de Apoio psicológico aos pacientes de câncer. O atendimento se compõe de breves exercícios de relaxamento e visualização, que fazem parte do método Simonton³¹. Esse modelo preconiza a identificação, o levantamento e a avaliação das crenças, tanto dos processos que levam uma pessoa a adoecer, quanto auxilia na elaboração de procedimentos, comportamentos, atitudes e sentimentos que possam contribuir em direção à cura³⁴.

As etapas do treinamento correspondem às mesmas que os pacientes irão vivenciar, exceto com algumas modificações necessárias de acordo com as necessidades de cada grupo. Segundo Pires (2003)³⁴, os procedimentos empregados seguem as seguintes etapas: 1) dar e receber diagnóstico (troca de papéis – médico x paciente); 2) a entrevista do psicólogo com o paciente de câncer; 3) ingresso no grupo (apresentação dos componentes - paciente e equipe - e estabelecimento do contato); 4) aspectos médicos e emocionais presentes nos casos de aparecimento de câncer; 5) exercício de relaxamento e visualização (adaptação do programa Simonton (1987)³¹ para o Brasil); 6) exercício de visualização do sistema imunológico; 7) *a química dos sentimentos* - aula de visualização sobre ressentimentos antigos; 8) *projeto de vida*: visualização de metas; 9) *encontro com o guia interno*; 10) “vivência da morte”³⁴.

As técnicas utilizadas são: dinâmica de grupo; dra-

matizações; *role playing*; material de expressão (papel, lápis, etc.) e visualização.

O programa possui dois grandes objetivos, sendo que o primeiro deles se refere ao trabalho em grupo de apoio psicológico ao paciente portador de câncer, e o segundo ao treinamento prático para o futuro psicólogo que deseja trabalhar com este paciente³⁴.

Segundo Pires (2003)³⁴ o treinamento teórico-prático em Psico-oncologia objetiva: 1) divulgar as possibilidades de atuação do psicólogo e demais profissionais de saúde junto aos pacientes de câncer e seus familiares; 2) preparar a equipe para realizar grupos de apoio psicológicos e reabilitação de pacientes mastectomizadas; 3) atendimento de um grupo piloto e diversificar os atendimentos e os tipos de grupo implantando diversos programas de caráter psicossocial tais como: programas de prevenção, programas de reeducação (mudanças de hábitos), grupo pré-operatório e grupo de informação a familiares de pacientes de câncer.

Esse empreendimento exige cautela e certa dose de ousadia, por abranger dúvidas em torno dos limites para trabalhar, sem nos tornarmos invasivos e ao mesmo tempo, sendo continentais ao sofrimento deles, e na busca da tarefa e preparação do psicólogo nesse universo³⁴.

São realizados cerca de dois grupos anualmente com novos pacientes, funcionando um a cada semestre, com uma média de participação de quinze pacientes por grupo. A duração de cada grupo é de doze a quinze semanas, no qual, ao encerramento do grupo, alguns pacientes também são convidados a continuar participando desse trabalho. Nos casos dos pacientes impossibilitados de se locomover, esses são atendidos em trabalho domiciliar por miniequipes compostas de dois ou três alunos, sendo o atendimento supervisionado pela equipe³⁴.

Os pacientes são triados através de entrevistas, realizadas pelos alunos, e posteriormente supervisionadas por toda a equipe. Nessa entrevista supervisionada, a equipe avalia se o paciente encontra-se em condições de frequentar o grupo, não sendo portador de desorganização psíquica, que possa comprometer o seu comportamento e conseqüentemente, o andamento e funcionamento do grupo como um todo. Nos casos de pacientes que não possam participar do trabalho em grupo, são encaminhados para atendimento psicoterápico individual na clínica psicológica da Universidade Guarulhos ou para outra instituição que esteja preparada para receber esses pacientes³⁴.

Pires (2003)³⁴ relata alguns resultados da participação dos pacientes de câncer nos Grupos de Apoio:

1) altera a concepção que este tem sobre o câncer (o desconhecimento);

2) a participação no grupo faz crescer a esperança e diminui a desesperança (fazer uso da quimioterapia com esperança e levar à reflexão de *que bom que existe o medicamento*);

3) tenta-se mudar o sentimento, ao tomar o medicamento, ao se submeter ao tratamento (receber o tratamento como algo bom);

4) o grupo busca contribuir em tirar a pessoa do estado passivo, para que o paciente também faça sua parte;

Mello (2000)³⁵, salienta que reunir pacientes com a mesma patologia num grupo, permite ao paciente melhor percepção de seus problemas, vendo esses nos outros, aprendendo a tolerar o que repudiam em si e melhorando assim a resolução da doença. Compartilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativo, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e cartase, são algumas características, citadas pelo autor, que contribuem para eficácia dos grupos psicoterápicos.

Segundo Mello (2000)³⁵ para aumentar a eficácia dos grupos, eles devem ter metas, estrutura e métodos de intervenção feitos sob medida para suas características específicas.

Os grupos de autoajuda inserem-se na modalidade classificada por Zimerman (1997), como *grupos operativos terapêuticos*, os quais têm como objetivo a melhora de alguma situação patológica, quer orgânica, quer psíquica.

Para Zimerman (1997)³⁶ os grupos de autoajuda são compostos por pessoas portadoras de uma mesma categoria de prejuízos e de necessidades e que, de uma forma geral, podem ser enquadradas nos seguintes tipos: adictos, obesos, mutilados, estigmatizados, etc.

De acordo com Mello (2000)³⁵, as interpretações dirigidas a aspectos inconscientes são contraindicadas nos grupos de pacientes somáticos, pois o paciente já se encontra sobrecarregado com a doença, frágil, com a autoestima baixa, propenso a depressões e a atitudes autoagressivas. No entanto, reforça que é mais indicado utilizar interpretações prévias como: clarificação, assinalamento e confrontação, estando sempre atento ao que o paciente possa tolerar.

Campos (1998)²⁹ relata que existem vários depoimentos de pacientes que passaram pelo Grupo de Apoio, mas um dos mais significativos foi o de uma paciente que, ao final de um grupo, abriu a bolsa e tirou o revólver, entregando-o à equipe, dizendo que não precisava mais dele, pois decidira-se pela vida. Contou então que já havia entregue os filhos a uma vizinha para que esta os

criasse, quando soube do Grupo do PAM. Ela veio para o grupo descrente de que alguém pudesse querer ajudá-la sem exigir pagamento. Relatou que reconquistara a confiança na vida e a esperança de curar-se.

DISCUSSÃO

A hipótese de que os profissionais da área de oncologia necessitam de treinamento e orientação técnica, para lidar com o cotidiano de cuidar, é um tema que depende reflexão de vários autores.

No percurso da presente pesquisa, constatou-se através da literatura a existência de trabalhos desenvolvidos por psicólogos que se preocupam em oferecer apoio psicossocial aos pacientes de câncer e seus familiares, e ainda aos profissionais da área da saúde.

Carvalho et al. (1998)¹⁰, oferecem modelos da prática da Psico-oncologia com grupos de pacientes e de profissionais da área de oncologia, realizados em vários estados brasileiros, com a proposta de que a divulgação desses trabalhos continue servindo de exemplos para a proliferação em muitas outras cidades.

Sua obra faz um rastreamento e compilação de todos os serviços e atendimentos em Psico-oncologia existentes no Brasil, até 1998. Enfoca o desenvolvimento de serviços e apoio ao paciente de câncer, por grupos particulares e em hospitais; o desenvolvimento de pesquisas e o desenvolvimento de cursos de Psico-oncologia.

Segundo Carvalho et al. (1998)¹⁰, a criação de serviços de atendimento ao paciente oncológico, inspirados aos que foram apresentados em São Paulo – no I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia – foi o estímulo e o desenvolvimento de um campo de conhecimentos e atividades.

Carvalho, Tonani e Barbosa (2005)⁹, na qualidade de educadores na área de oncologia, com subvenção do *United States National Cancer Institute*, participaram de um programa de treinamento sobre prevenção e controle do câncer, no qual detectam a existência da incongruência existente na formação acadêmica com a situação atual do país, alertando que há uma cultura, favorecida por determinantes políticos e econômicos de se investir mais no combate à doença do que na prevenção, além de contrastes econômicos que determinam diferentes possibilidades de assistência à população. E ainda a existência de um pequeno número de profissionais especializados, tanto para o ensino como para a assistência.

Todavia, afirmam que esta situação de quase permanente crise não é justificativa para a não existência de um projeto abrangente de organização de serviços em oncologia, compatível com as realidades regionais⁹.

É importante levar em consideração, quais as condições em que o profissional atende o paciente. Comparando por exemplo, qual é a pressão que o médico em atendimento particular está submetido, versus a pressão que o médico em atendimento público se submete. Qualquer pessoa que trabalha numa situação de estresse, tende a não desenvolver bem o seu trabalho, principalmente o médico. Porém, se não há possibilidades de diminuir a pressão, devido a problemas políticos, econômicos e sociais, então é preciso treinar, ou preparar o profissional da saúde para colaborar e trabalhar neste contexto.

A abordagem de Carvalho et al. (1998)¹⁰, serve como exemplo para organização de projetos abrangentes de serviços em oncologia. A autora mostra a relevância ao organizar grupos de estudos e treinamentos, no qual os profissionais da saúde tenham possibilidades para expor suas experiências e dificuldades, tirar as dúvidas e encontrar motivação para enfrentar as barreiras no seu trabalho, criando recursos, tal como é a proposta desse trabalho. E ainda, mostra o caminho para encontrar novas formas de apoio ao paciente oncológico, que poderá ajudar no controle e cura da doença.

Uma das funções dos Grupos de Apoio é fornecer amparo, desmistificar o preconceito que envolve o câncer e diminuir o nível de ansiedade frente à doença, tanto da equipe quanto dos pacientes. De acordo com Pires (2003)³⁴, alguns resultados alcançados através da participação de pacientes de câncer nos Grupos de Apoio psicológico são: desmistificação do preconceito que envolve o câncer; menor nível de ansiedade frente à doença, tanto da equipe, quanto dos pacientes; maior qualidade de enfrentamento; melhora nas relações médico-paciente; maior confiança no tratamento, com menor nível de resistência; maior qualidade das relações afetivas do paciente frente à família; maior adesão à programas sobre qualidade de vida (mudanças de hábitos com relação à alimentação, sono, atividade física, lazer, etc.); diminuição dos níveis de estresse (interno e externo); mudança na qualidade dos sentimentos expressados e emergência de sentimentos de maior altruísmo frente a outros pacientes, à equipe multidisciplinar como também à família e consequentemente maior respeito e gratidão frente a si mesmo e a própria vida.

Carvalho (1996)³⁷, constata que o resultado adicional da intervenção psicológica no aumento da sobrevivência do paciente também está associado tanto aos hábitos mais saudáveis, que o mesmo incorpora em sua vida, como a sua adesão aos tratamentos. Isso ocorre porque a intervenção psicológica afetará positivamente o estado emocional do

paciente motivando-o a adotar esses comportamentos³⁷.

Ao longo dessa pesquisa, verificou-se também, através dos autores pesquisados, a interferência das perturbações emocionais no funcionamento do sistema imunológico, desencadeando um dos fatores das causas de câncer. Sendo este o momento em que a Psicologia começa a exercer um papel importante tanto na prevenção quanto no tratamento da doença.

Carvalho (1996)³⁷, Costa Júnior (2001)⁴, Leshan (1992)¹⁶ e Simonton et al. (1987)³¹, entre outros, mencionam que as perturbações emocionais prejudicam o bom funcionamento do sistema imunológico causando alterações bioquímicas, constituindo assim um dos fatores responsáveis pela origem e desenvolvimento formações tumorais.

Dessa forma, o paciente não estando bem emocionalmente, estará cada vez mais vulnerável para adoecer.

A partir do levantamento da literatura especializada, obteve-se a percepção da importância de que um indivíduo fique de bem consigo mesmo, para não desistir da vida que existe dentro de si. Conforme menciona Leshan (1992)¹⁶ é importante que o indivíduo possa “descobrir ou re-descobrir a sua canção interior”.

Uma questão que importa refletir sobre o termo prevenção e a necessidade de sua prática, é a pertinência de trilhar através do caminho das precauções, se fortalecendo contra as doenças desagradáveis que possam se apresentar em nossas vidas. Cuidar sempre do corpo e da mente, na busca do autoconhecimento, é um bom começo ao se trabalhar com a prevenção do câncer. Uma pessoa desmotivada frente a sua vida, tem o seu sistema imunológico com tendência a ficar enfraquecido e pode adquirir problemas de saúde. Nosso sistema imunológico luta para nos defender daquilo que pode atrapalhar o bom funcionamento do nosso organismo.

Em concordância com a opinião de Leshan (1992)¹⁶, quando a pessoa não tem motivo para viver, “se não encontra a sua canção interior”, o seu sistema imunológico tem tendência a um mau funcionamento.

A doença é um estado do ser humano que indica que, sua consciência registra que não há harmonia interior. A perda do equilíbrio interior se manifesta no corpo como um sintoma, interrompe o fluxo da vida, exigindo a atenção nas rotinas cotidianas, como hábitos alimentares, vícios, estresses, etc.

Quando se busca qualidade de vida, parece que o organismo se equilibra e tudo se sincroniza, funcionando em perfeita harmonia, como uma máquina nova e calibrada. A prática do psicólogo, portanto, se justifica, junto

à oncologia, visando ajudar o paciente com câncer a buscar uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, acredita-se que nunca é tarde para recomeçar, ou para acordar para vida. E mesmo após ser atingido pela doença, apesar de ser um caminho mais custoso e complicado, é possível “re-descobrir a sua canção interior”. Se a mente está *adormecida para vida*, o sistema imunológico fica enfraquecido. Assim que a mente *desperta para vida* o sistema imunológico volta à ação, com maior dificuldade para vencer, mas se fortalecendo através da motivação para viver, reagindo positivamente ao tratamento médico, com possibilidade de uma melhor qualidade de vida¹⁶.

Vendo o paciente e seus familiares, sob o impacto do diagnóstico de câncer e suas consequências, Leshan (1992)¹⁶ e Simonton et al. (1987)³¹, propõem formas de apoio psicossocial e psicoterápico, que mostram a possibilidade de auxílio no encontro de uma melhor forma de enfrentamento do câncer e a obtenção de uma melhor qualidade de vida. Mostram ainda que através de novas atitudes, comportamentos mais saudáveis, modificações de valores, em conjunto com o tratamento médico, muitas pessoas mudaram o rumo de suas vidas e chegaram a uma sobrevida maior e mesmo a casos de cura.

Em maior ou menor número, em diferentes momentos do processo da enfermidade, os pacientes evidenciam a importância do apoio psicológico. Acredita-se que a abordagem teórico-técnica utilizada serve de embasamento para o desenvolvimento do trabalho e não como determinante de sua eficácia. Todos devem ter em comum os objetivos que deverão ser alcançados, utilizando a abordagem com a qual o psicólogo melhor se identifique.

Para Mello (2000)³⁵, o psicólogo oncológico trabalha tanto na instituição hospitalar quanto na própria clínica. O aporte teórico-técnico utilizado deve ser articulado conforme o local onde se desenvolve o trabalho, diagnóstico do paciente, o tipo de intervenção e o objetivo que pretende ser alcançado.

Carvalho (2002)¹¹, ressalta que a corrente dentro da Medicina que pensa o câncer como uma enfermidade do corpo é ainda muito poderosa e atuante. Os seguidores do modelo biomédico repudiam qualquer tentativa de encontrar interrelações psicossomáticas na origem e no processo de câncer, e contestam essa posição com pesquisas detalhadas sobre mutações genéticas e alterações moleculares.

A autora salienta que esta divisão entre diferentes posições teóricas tem dificultado uma visão unificada do homem e a integração de tratamentos.

Segundo Silva et al. (2005)³³, a Psico-oncologia con-

templa a visão da humanização entendendo que para tal, faz-se necessária a compreensão da interrelação de diversos fatores, tais como: físicos, comportamentais, emocionais e psicológicos. Assim, a humanização exige uma visão global do paciente requerendo que várias áreas atuem conjuntamente, em busca do mesmo objetivo, que é o cuidar. Esses estudos levam a reflexão de que uma participação ativa e positiva pode influenciar a doença, o resultado do tratamento e a qualidade de vida da pessoa.

Além disso, na tentativa de obter respostas para questionamentos, como os colocados por Kovács (1998)², o mais importante para um sujeito é uma vida com melhor qualidade, embora mais curta ou uma vida longa com sofrimento e limitações? Esse estudo, alerta para o ideal de conscientizar as pessoas a buscar uma vida com melhor qualidade, para reduzir os riscos de ser acometido pela doença, e evitar que chegue ao extremo de ter que sobreviver a custas de sofrimento e limitações, que às vezes, são causados pelos tratamentos da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicólogo na Psico-oncologia defende a proposta de auxílio na manutenção do bem estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde, como por exemplo: sensação de falta de controle sobre a própria existência, sentimento de impotência e fracasso, temor da solidão, dos efeitos adversos do tratamento oncológico e da própria morte.

O objetivo do psicólogo que atua na área de oncologia visa prevenir e reduzir os sintomas causados pelo câncer e seus tratamentos, e levar o paciente a compreender os aspectos simbólicos da doença e a experiência do adoecer, possibilitando assim re-significações desse processo.

O reforço dos vínculos afetivos entre família e paciente, é um fator que deve ser estimulado pelo psicólogo e exercitado nos Grupos de Apoio, facilitando a compartilhar experiências e emoções. Além disso, o conhecimento básico das questões médicas referentes ao câncer, se faz necessário para que a atuação do psicólogo junto à equipe e ao paciente se desenvolva satisfatoriamente.

Um instrumento fundamental, a ser utilizado no tratamento de pacientes de câncer, é adotar o procedimento de fornecer treinamento e orientação técnica para lidar com o cotidiano de cuidar, aos profissionais envolvidos no tratamento. Indubitavelmente estamos apenas descortinando alguns aspectos de um amplo horizonte de estudos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional. Capturado em: 24 de fev 2006. Disponível em: <<http://www.inc.a.gov.br>>.
2. Kovács MJ. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*; 1998;6(1):61-69.
3. Jacques MGC. Saúde mental no trabalho do psicólogo [online]. In: Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico, 10. Capturado em: 22 de fev 2006. Aracruz: ANPEPP - Associação Nacional de Pesquisa Pós-graduação em Psicologia, 2004. p.141. Disponível em: <<http://www.emtese.ufsc.br>>.
4. Costa Júnior ÁL. O papel da psicologia no atendimento a crianças com câncer. Capturado em 28 de mar 2010. Disponível em:http://e-groups.unb.br/ip/labsaude/textos/o_papel.html.
5. Gimenes MGG. O que é psiconcologia: definição, foco de estudo, intervenção. In: Carvalho MM (Org.). Introdução à psiconcologia. Campinas: Psy, 1994. p. 35-56.
6. Amkraut A, Solomon GF. From the symbolic stimulus to the pathophysiologic response: immune mechanisms. *Int J Psychiatry Med*. 1974;5(4):541-63.
7. Mello Filho J, Moreira MD. Psicoimunologia hoje. In: Mello Filho J. et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 119-149.
8. Jerne NK. Towards a network theory of the immune system. *Ann. Immunol. (Institut Pasteur)*, 1974; (125):373-389.
9. Carvalho EC, Tonani M, Barbosa JS. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. *Rev. bras. cancerol*. 2005; 51(4):297-303.
10. Carvalho MM (Org.). *Resgatando o viver: psico-oncologia no Brasil*. São Paulo: Summus, 1998.
11. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*. 2002;13(1).
12. Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1988.
13. Cobra RQ. *A psicanálise*. Cobra Pages, Brasília, abr. 2003. Capturado em: 25 de mar 2007. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br>>.
14. Rocha Júnior A. Das discussões em torno da formação em psicologia às diretrizes curriculares. *Psicol. teor. Prát*. 1991; (2):3-8.

15. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Programa de controle e avaliação em Oncologia. DOU n. 196-E, seção 1, p. 53-54, 1998. Capturado em: 24 de fev 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>.
16. Leshan L. O câncer como ponto de mutação. São Paulo: Summus, 1992.
17. Souza CB. O ser e o estar na doença oncológica. In: Oliveira VB, Yamamoto K (Org.). Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática. São Bernardo do Campo: Metodista, 2003. p. 171-185.
18. Polin I. Medical crisis counseling: short-term therapy for long-term illness. New York: W. W. Norton, 1995.
19. Lopes A. Câncer: a doença, o paciente, a terapêutica, o médico e o hospital. Âmbito Hospitalar; 1996;86(7). Capturado em: 18 de ago 2005. Disponível em: <<http://www.hcanc.org.br>>.
20. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. Rev. esc. enf. USP. 2004;38(3):254-261.
21. Dela Coleta MF. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. Arq bras psicol. 1987;39(2):79-97.
22. Dupas G, Caliri MHL, Franciosi MC. Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada à família e à criança portadora de câncer. Rev Bras Cancerol. 1998; 4(4):327-334.
23. Melo LL, Valle ERM. Equipe de enfermagem: experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos. Rev. esc. enf. USP. 1998; 2(4):325-334.
24. Popim RC. O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. tese online]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. Capturado em: 22 de fev 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>.
25. Valle ERM (Org.). O cuidar de crianças com câncer – vivências de médicos. Campinas: Livro Pleno, 2004.
26. Castro EK, Bornholdt E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Psicol. ciênc. prof. 2004; 24(3):48-57.
27. Reis M. Psicologia: áreas de atuação. Projeto Sobre Sites, São Paulo, mar. 2007. Capturado em: 13 de abr 2007. Disponível em: <<http://www.sobresites.com/psicologia>>.
28. Meleti MR. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar junto a pacientes mastectomizadas. In: Angerami-Camon VA (Org.). Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço, 1984. p. 116-127.
29. Campos EMP. História de um serviço. In: Carvalho MM (Org.). Resgatando o viver: psico-oncologia no Brasil. São Paulo: Summus, 1998. p. 72-84.
30. Venâncio JL. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. Rev. bras. de cancer. 2004; 50(1):55-63.
31. Simonton OC, Simonton SM, Creighton LJ. Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.
32. Laurentiis VRF, Dantas AMP. Percurso profissional da prof^a dr^a Maria Margarida Moreira Jorge de Carvalho: diário de bordo. Projeto Memória da Psicologia do CRP / SP, São Paulo, ago. 2001. Capturado em: 20 de out 2006. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/a_acerv/pioneiros/magui/fr_magui_artigo.htm>.
33. Silva GM, Teles SS, Valle ERM. Estudos sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil – período de 1998 a 2004. Rev. bras. Câncer. 2005; 51(3):253-261.
34. Pires EF. Um estudo sobre a opção do aluno de psicologia para trabalhar com paciente oncológico: fatores presentes quanto à escolha. 107 f. [Dissertação] – Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2003.
35. Mello Filho J. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. São Paulo: Artmed, 2000.
36. Zimerman DE. Classificação geral dos grupos. In: Osório LC (Org.). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 75-81.
37. Carvalho V. Aspectos psicológicos ligados ao paciente com câncer e a relação médico-paciente. In: Coelho FR. Curso básico de oncologia. São Paulo: Medsi, 1996. p.165-176.