

REFLEXÕES SOBRE ALGUNS ASPECTOS ENVOLVIDOS NO DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

REFLECTIONS ON SOME ASPECTS CONCERNING THE ONCOLOGIC DIAGNOSTIC

Aline Junqueira Naves¹
Magno Geraldo de Aquino²

NAVES, A. J.; AQUINO, M. G. REFLEXÕES SOBRE ALGUNS ASPECTOS ENVOLVIDOS NO DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO. **Akrópolis**, Umuarama, v. 16, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2008.

RESUMO: Busca-se, neste trabalho, refletir sobre os comportamentos, percepções e reações envolvidos no lidar com a situação do diagnóstico oncológico, tendo como base para compreensão destes comportamentos os cinco estágios descritos por Elisabeth Kubler-Ross (1998), pelas quais passam os pacientes terminais, quando de seu diagnóstico, a saber: 1º estágio - negação e isolamento; 2º estágio - raiva; 3º estágio - barganha; 4º estágio - depressão; 5º estágio - aceitação. Acredita-se que um trabalho de acompanhamento a pacientes oncológicos pode produzir uma melhora significativa em seu quadro clínico. Uma das formas de atenção aos pacientes oncológicos é justamente ouvir seus relatos de história de vida.

PALAVRAS-CHAVE: História de vida; Paciente; Oncológico.

ABSTRACT: The main purpose of this essay is to reflect on the behaviors, perceptions and reactions while dealing with the oncologic diagnosis based on the five stages described by Elisabeth Kubler-Ross (1998), through which terminal patients pass through after receiving their diagnosis, as follows: Stage 1: denying and isolation; Stage 2: anger; Stage 3: bargain; Stage 4: depression; Stage 5: acceptance. It is Believed that the following up of oncology patients may produce significant improvement in their clinical picture. One way of giving an oncology patient some attention is exactly to hear their life story.

KEYWORDS: Life story; Patient; Oncology.

¹Graduanda em Psicologia
Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS
- alinenaves83@yahoo.com.br

²Psicólogo e Mestre em Educação
Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS
- Professor de Psicologia - magnoaquino@unilavras.edu.br
Rua João Crisóstomo Pedroso, 101
Centro - Lavras, Minas Gerais - CEP 37200-000

Recebido em Março/2008
Aceito em Maio/2008

INTRODUÇÃO

“Existem muitas doenças fatais além do câncer, porém a impressão que temos é de que as outras doenças matam, o câncer destrói.” (Elisa Maria Parahyba Campos Ribeiro, 2003).

Vivenciar a morte constitui um permanente desafio para o homem desde as mais remotas civilizações e em todo o seu tempo de existência na face da Terra. Nesta mesma perspectiva, falar sobre a morte não é tão habitual como se presume. Principalmente quando este estado é algo não esperado. Para sujeitos que vivenciam a possibilidade de finalização da vida como um acontecimento que virá supostamente em um curto tempo, a possibilidade de falar sobre a morte, e sobre a vida, pode tornar-se algo mais que necessário, essencial.

Descobrir-se com uma doença não é uma situação fácil, muito menos quando se trata de uma doença crônica e de tratamento prolongado. Ainda mais difícil é quando se descobre que a doença em questão é o câncer. A palavra câncer, bem como o que ela representa, está, ainda nos dias de hoje, ligada à idéia de dor, morte iminente e perda.

É fato que o diagnóstico de câncer constitui-se em um momento particularmente difícil e gerador de intensa angústia na vida de uma pessoa, em função de uma série de aspectos que são mobilizados. O impacto do diagnóstico pode definir diversos sentimentos de difícil elaboração, que variam de acordo com os recursos de cada paciente, do momento de vida, de experiências anteriores e de informações que recebeu no convívio familiar, social e cultural, que nasceu e se desenvolveu.

Raiva, medo, culpa, ressentimento, revolta, em geral, permeados pela incerteza e insegurança de futuro, são reações esperadas e variáveis importantes para o desenvolvimento dos quadros de ansiedade e depressão. Além disso, a ruptura da forma habitual de vida, a incerteza e a insegurança de futuro, o caminho de um tratamento incerto, por vezes, doloroso e prolongado, o deparar-se com a possibilidade de morte em um tempo presente, são aspectos determinantes na configuração de um estado de crise, em que a fragilidade emocional se torna-se uma consequência esperada.

Neste texto buscou-se refletir sobre o impacto do diagnóstico oncológico em pacientes atendidos por um centro de apoio a pacientes com câncer na cidade de Lavras, Minas Gerais. Não se teve a pretensão de esgotar o tema, bem como perseguir e descrever todos os fenômenos humanos que ocorrem quando do diagnóstico oncológico.

O objetivo principal deste estudo restringiu-se em compreender, através de histórias de vida relatadas pelos pacientes, suas percepções sobre diagnóstico e prognóstico oncológicos.

Os relatos de história de vida tornam-se um importante meio para se compreender quais são as estratégias desenvolvidas pelos pacientes como forma de reação ao diagnóstico oncológico, bem como compreender como se percebem diante dos prognósticos da doença.

DESENVOLVIMENTO

O câncer ainda é uma das doenças mais temidas. É uma doença que gera sentimentos de medo, angústia e desespero. É uma doença ainda vista como um processo irreversível e, seu diagnóstico, quase sempre, está associado à morte. O câncer representa, no imaginário popular, uma trajetória para a morte, um caminho sem volta. A idéia do câncer está relacionado com sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação da auto-imagem, perda da capacidade produtiva, da auto-estima, o abandono, o medo do contágio, o medo da morte, o isolamento.

O diagnóstico oncológico e o medo da morte determinam um afastamento inconsciente do doente em relação às pessoas próximas. Um outro fator de afastamento é a incapacidade de as pessoas se confrontarem com o sofrimento físico e psicológico do paciente.

A consciência do diagnóstico oncológico, associado à perspectiva de vir a morrer, podem ocasionar ao paciente e seus familiares sentimentos de angústia e ansiedade. Não é raro o paciente identificar-se com sentimentos de tristeza e culpa, por não se perceber mais como um ser com futuro, impossibilitado de realizar seus sonhos, expectativas e desejos, além de perceber-se como causador de uma profunda decepção aos familiares, frustrando-os também nas suas expectativas.

Muitas vezes o paciente aceita o diagnóstico e os tratamentos, mas a atitude de seus familiares dificulta a decisão necessária para os mesmos. Algumas famílias não suportam a angústia de ver o sofrimento de seu familiar e tentam todos os tratamentos possíveis, fazendo com que o paciente seja submetido a tratamentos desnecessários e venha a sofrer ainda mais.

No entanto, há a necessidade de se acompanhar o paciente que está morrendo, de modo que este não se perceba já morto pelos familiares e pela equipe médica, procurando expressar, pelo cuidado constante, que há esperança e se está

investindo no paciente como um ser vivo.

Neste caminhar dos familiares ao lado do paciente, a equipe que o assiste deve centrar-se na intervenção e na informação clara e verdadeira sobre o que ocorre, procurando um equilíbrio cuidadoso entre manter a família na realidade, respeitar e estimular para que mantenham a esperança.

É também difícil para os familiares saber como proceder com o paciente com câncer. Quase sempre os familiares não querem enxergar a gravidade da doença, para não entrar em contato com a tristeza. A negação é um mecanismo de defesa, evidenciado em quase todas as famílias, e dificulta a convivência do paciente com a doença.

Os parentes podem sofrer, por remorso ou culpa, ao longo do curso da doença ou após a morte. A atitude paternalista, de tentar preservar o paciente do sofrimento, pode privar a família de organizar seus sentimentos no tempo adequado. Em muitas culturas, o diagnóstico não é rotineiramente dado ao paciente. O médico costuma discutir o diagnóstico do câncer com os familiares, antes de comunicar o paciente. Em vista de a família ser um suporte essencial no cuidado ao paciente, muitos médicos acham que é melhor conversar com os familiares primeiro e obter seu consentimento para a posterior revelação diagnóstica ao paciente.

Negar este conhecimento sobre a gravidade da enfermidade pode determinar estragos nos que partem e nos que ficam. Para Gutierrez (2001), morrer só, entre aparelhos, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, determina um sofrimento difícil de ser avaliado, mas, sem dúvida, suficientemente importante para ser levado em conta. Os que ficam, por outro lado, têm que se haver com a culpa, a solidão e a incômoda sensação de não ter feito tudo o que se poderia fazer.

Em sua inadequação, os familiares podem apresentar, durante a doença terminal, comportamentos de silenciamento, em relação ao diagnóstico. Os familiares sentem-se na obrigação de proteger, a todo custo, o doente de sua verdade, não o deixando perguntar, negando-lhe o direito de falar, de receber explicações e esclarecimentos. Esse tipo de atitude, em vez de ajudar o doente a suportar melhor a situação, torna-a mais difícil, pois o doente se sente só, isolado e sem apoio. Isso não permite ao doente expressar seus temores, angústias e ansiedades.

Segundo Venâncio (2004), o anúncio do diagnóstico oncológico, seguido pelos tratamentos, pode ocasionar abalos significativos na vida do paciente. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor se encontram presentes.

A partir do diagnóstico confirmado, o paciente vê sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o câncer pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social.

Essa realidade que impera faz com que o paciente e seus familiares assumam papéis que não foram escolhidos e sim impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo planos, ideais e perspectivas futuras.

Doentes na fase final do câncer encontram-se freqüentemente debilitados e dependentes. A dor, confusão mental, dificuldades respiratórias, alimentares e de locomoção, assim como ansiedade e depressão são os problemas mais comumente relatados. No entanto, para o próprio paciente, admitir que se esgotaram os recursos para o resgate de uma cura e que se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer.

Ao contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família. Condutas no plano concreto, visando, agora, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas, sobretudo a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustentar seus desejos (Gutierrez, 2001). Reconhecer, sempre que possível, seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento.

Os sentimentos determinados por pacientes terminais variam muito entre os diferentes indivíduos e também entre diferentes momentos de um mesmo indivíduo. Podem ser sentimentos desordenados, dolorosos, serenos, tranquilos, raivosos, rancorosos, racionais e lógicos. Enfim, são sentimentos dos mais variados. E isso tudo pode significar que a morte, em si, pode representar algo totalmente diferente entre diferentes indivíduos, e totalmente diferente em diferentes épocas da vida de um mesmo indivíduo.

A idéia de morte remete a sentimentos de perda e, portanto, despertam sentimentos dolorosos. Trata-se de uma espécie de dor psíquica, a qual acaba gerando dores físicas. É nesta perspectiva que a maioria dos pacientes terminais apresenta particularidades que o profissional da saúde deve conhecer. O controle dos sintomas do estado/fase terminal deve ser abordado não só do ponto de vista farmacológico, mas também, do ponto de vista psicológico, social, familiar.

A reação psíquica determinada pela

experiência com a morte, ou mesmo diante de um diagnóstico médico associado com a perspectiva de vir a morrer foi descrita por Elisabeth Kubler-Ross (1998) em cinco estágios.

1º estágio: Negação e isolamento

A negação e o isolamento são mecanismos de defesa temporários do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Em geral a negação e o isolamento não persistem por muito tempo.

A negação, segundo Kübler-Ross (1998), ocorre mais no início do processo de doença crônica, dos estados graves de saúde e de estados terminais, mas pode voltar em outros momentos, sendo este um período que ajuda o paciente a se recuperar do choque inicial provocado pela notícia da doença.

2º estágio: Raiva

Por causa da raiva, que surge devido à impossibilidade de o ego manter a negação e o isolamento, os relacionamentos se tornam difíceis e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. Nessa fase, a dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de revolta: - por que comigo? A revolta pode assumir proporções quase paranóides. É importante, nesse estágio, haver compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela possibilidade de morte.

3º estágio: Barganha

Deixando de lado a negação e o isolamento, percebendo que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no estágio de barganha. A maioria dessas barganhas é feita com Deus e são normalmente mantidas em segredo. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil.

Como afirmam Vieira e Queiroz (2006), a vivência do câncer pode trazer uma sensação de vazio e sentimento constante de solidão. Tais experiências, se intensificam com a internação, e o paciente pode fazer uso de alguns recursos, buscando a diminuição desse sofrimento. A busca pela religião atua positivamente nesse sentido, sendo um apelo externo quando o paciente sente que seus recursos internos são escassos. O apego à religiosidade constitui-se

em um aspecto importante a ser observado. A fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida, de conseguir um aliado na luta contra a doença. O objetivo deste pacto é o afastamento da dor e da morte, muitas vezes obtido por promessas.

4º estágio: Depressão

A depressão aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Evidentemente, trata-se de uma atitude evolutiva: negar não adiantou; agredir e se revoltar também não; fazer barganhas não resolveu. Surge então um sentimento de perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade como ela é realmente, é a consciência plena de que nascemos e morreremos sozinhos. Nesse estágio a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro, etc.

5º estágio: Aceitação

Nesse estágio o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. É um momento de repouso e serenidade. É de interesse da psicologia e da medicina melhorar a qualidade da morte (como se tenta fazer com a qualidade de vida), fazendo com que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim, o processo até a morte pode ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado dos que ficam, de conforto, compreensão e colaboração para com o paciente.

Para Gutierrez (2001), a conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecido. No entanto, esta autora afirma que freqüentemente nos deparamos com avaliações consensuais de diferentes profissionais, motivo pelo qual se acredita que a dificuldade maior esteja em objetivar este momento, não em reconhecê-lo.

O termo terminalidade, segundo Gutierrez (2001), parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as conseqüências. É quando se considera que esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. Nessa perspectiva, pode-se considerar que o paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

Segundo Vieira e Queiroz (2006), receber o diagnóstico de câncer pressupõe uma série de conseqüências que atingem diretamente o modo de vida do indivíduo. Algumas delas estão associadas ao

aspecto social e familiar; outras, ao psiquismo, como as idéias recorrentes de morte, o medo de mutilação e da perda de algumas pessoas de seu convívio. A fase de recebimento do diagnóstico promove uma experiência de desestruturação psíquica, com freqüentes reavaliações sobre relacionamentos interpessoais e atividades anteriormente desempenhadas.

Uma patologia como o câncer pode contribuir para o surgimento de outras patologias psíquicas, dependendo da forma como for vivenciado. Nesta perspectiva, os momentos relacionados ao período de internação podem ser determinantes quanto às formas do paciente enfrentar a doença após o recebimento do diagnóstico de câncer (Vieira e Queiroz, 2006).

Muitos comportamentos, pensamentos e sentimentos são modificados durante o processo de internação, e muitos foram determinados pelo mesmo. A ansiedade vivenciada durante a fase de descoberta da doença pode ser agravada, principalmente durante o período inicial da internação. A internação hospitalar pode produzir angústias ocasionadas pela ausência do ambiente familiar. Os pacientes preocupam-se com a família, companheiros ou outros, diante de uma possível situação de vida em que não podem estar mais presentes. Observa-se, ainda, segundo o autor, um sentimento de culpa dos pacientes pelo sofrimento dos familiares ocasionado pela doença.

No entanto, na situação de terminalidade torna-se muito importante que a unidade família-paciente seja reconhecida e bem estruturada. Afinal, a constante adaptação às mudanças ocorridas devido ao adoecer torna-se necessária.

Segundo Borges et al. (2006), o temor frente à possibilidade da morte que o câncer traz faz refletir o quanto o paciente, bem como qualquer pessoa, não está preparado para enfrentar o seu fim. Nessa perspectiva, pode-se considerar, ainda, que a ansiedade diante da morte é uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas a perdas e quebras de vínculos, e não pode ser subestimada. Afinal, esta é uma forma de o paciente encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando assim o desenvolvimento de recursos de enfrentamento de seu "problema" atual.

Em muitos casos, com o diagnóstico de câncer a pessoa pode não apenas passar a rever suas posturas de vida anteriores à doença, mas também adotar novas atitudes e novas formas de encarar sua própria vida, podendo mesmo sentir-se melhor diante da vida, mais realizada e, talvez, retomando antigos projetos de vida e colocando-os em prática. Ou seja, encontram um motivo para

viver. Afinal, cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido, dependendo da forma como se percebe no processo de desenvolvimento vital. Esta forma de encarar seu diagnóstico depende, sobretudo, da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural (Borges et al., 2006).

Saber como a pessoa reage a situações de estresse, principalmente em relação ao diagnóstico oncológico, torna-se importante, para auxiliá-lo no manejo de sua doença e ao tratamento médico necessário, com as técnicas invasivas e com as sempre implicações colaterais do tratamento.

O ser humano tem medo e angústia naturais em relação à morte. Existe desde muito cedo a consciência de que se é um ser mortal. No entanto, somente quando se depara com uma situação real de perda da vida é que o homem se dá conta disso. A percepção de vulnerabilidade leva a um sofrimento psíquico muito intenso em alguns casos.

Existem doenças que carregam uma carga de morte, como o câncer. Perceber-se vulnerável diante da morte torna mais aparentes as questões existenciais. A partir do diagnóstico confirmado, o paciente vê sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o câncer pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social.

O diagnóstico oncológico faz com que o paciente e seus familiares assumam outros papéis que não foram escolhidos e sim impostos pelo adoecimento, o qual interrompe planos, ideais e modifica perspectivas futuras, levando a uma constante adaptação às mudanças ocorridas devido ao adoecer.

Dos cinco estágios descritos por Elisabeth Kubler-Ross (1998), pelas quais passam os pacientes terminais, quando de seu diagnóstico, o estágio da negação parece ser o mais recorrente. Assim, não retirando a importância dos demais estágios descritos por Kubler-Ross, a negação é uma reação comum frente a uma doença com forte potencial de mau prognóstico. O doente se nega a encarar o problema. Este é um mecanismo de fuga, uma forma de defesa não muito saudável e que pode levar ao abandono do tratamento.

A negação pode se apresentar das mais variadas formas e em todo o processo da doença. Em alguns casos, o paciente passa a racionalizar a situação e a inventar justificativas que expliquem o problema. A racionalização é um mecanismo de fuga, em que o indivíduo deixa transparecer um problema

afetivo e passa a avaliar, tanto a situação, quanto a si próprio de maneira inadequada. Esta é, também uma forma de negação da doença. Nesta circunstância, o paciente perde a noção crítica da situação e, para não acreditar na realidade, busca justificativas e pensamentos muitas vezes descabidos.

É também comum que o paciente oncológico utilize mecanismos de defesa, tais como a dissociação e a projeção. Quando a dor e a possibilidade de vivência da morte são insuportáveis e há conflito na sua relação com seus familiares, por não ser a relação suficientemente boa ou pelo sentimento de culpa, costumam mobilizar a negação da gravidade da doença via dissociação e projeção. Nessa situação, dissociam o conhecimento de que dispõem sobre a enfermidade e projeta, sua preocupação para o bem-estar dos familiares que continuarão vivos.

A negação da morte é uma característica muito marcante da sociedade moderna. Não é, portanto, surpreendente o fato de que disfunções e conflitos girem em torno da perda, mesmo quando a perda não seja o problema mais manifesto. É nesse sentido que se pode afirmar que a negação da doença ou do suposto fim não parece ser uma fase pela qual o doente oncológico apenas passa. Ao contrário, esta é uma situação em que o paciente se encontra constantemente e que pode ser percebido, tanto em sua afirmação da continuidade do tratamento, quanto nas formas e estratégias de dissimular sua preocupação com o andamento do processo de cura.

A preocupação com o desamparo familiar parece ser um sintoma advindo da perda de controle sobre sua própria vida. Não tem mais controle sobre sua vida e a percepção de morte eminente provoca uma ansiedade enorme refletida na preocupação com o futuro da família. Perguntas como “como meus filhos vão ficar?” ou “como meus netos vão se virar?” podem ser interpretadas como: o que será de mim se o diagnóstico for terminal ou houver um mau prognóstico? Pode-se afirmar que existe um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico do paciente, decorrido de sua situação, e o sofrimento da família, decorrente da falta que o paciente fará para esta. No entanto, a preocupação com o futuro da família pode refletir não somente a perda do controle sobre a sua vida, mas o medo da dependência e do abandono.

A ansiedade advinda deste estado de coisas, notadamente da perda de controle, parece definir um estado de alerta, que amplia o estado de atenção diante de uma situação de perigo real ou imaginário. A preocupação excessiva com a família descreve, em verdade, uma preocupação ou desesperança

excessiva em relação às suas perspectivas de cura. Esta ansiedade está presente como uma sensação difusa e sempre desagradável de apreensão, acompanhada por sensações físicas como mal-estar.

Nesta perspectiva, acredita-se que haja, freqüentemente, uma associação do surgimento de um câncer a algum evento específico de suas vidas, permeado de abalo emocional. Em outros termos, não é incomum que o discurso de pessoas com diagnóstico oncológico relacione momentos de desânimo e tristeza, de mágoas e raiva, de perdas e estresse ao desencadeamento da doença. Afinal, o momento em que o paciente se depara com o diagnóstico de câncer, seu modo de vida e suas relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos.

CONCLUSÃO

Ao receber um diagnóstico oncológico, a primeira reação que acomete um indivíduo é o medo, acrescido posteriormente de raiva, culpa, ressentimentos, revolta, negação. Enfim, o câncer causa um grande impacto no funcionamento emocional do paciente e de toda sua família influenciando, também aspectos de seu funcionamento social.

O diagnóstico de uma doença como o câncer leva o paciente a um sofrimento muito grande e isso requer um suporte psicológico, pois esta situação envolve principalmente o afetivo e o emocional do indivíduo. O apoio psicológico durante todo o processo de aceitação pode ter um grande impacto no tratamento deste. Esse indivíduo tende a passar por quadros depressivos e, então, precisa de apoio psicológico para enfrentar e até mesmo atravessar o problema.

O fato de um paciente ser informado de que tem câncer já o conscientiza de sua possível morte. As pessoas costumam relacionar o tumor maligno com doença fatal. Para muitos é uma doença fatal, mesmo com um número crescente de curas reais ou de remissões significativas.

O paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte, fica voltado para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa.

O diagnóstico de câncer também é freqüentemente acompanhado de depressão.

A depressão é traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Não conseguindo negar a doença, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se diante dos acontecimentos. (Maria Carolina Moraes, 2003. p.57).

O psicólogo, na instituição hospitalar, familiar ou em centros de apoio, deve prestar assistência ao paciente e orientação aos familiares, tentando estabelecer um equilíbrio nas relações destes, visando integrar e facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Foi neste contexto que surgiu então a Psiconcologia, uma subespecialidade da Psicologia e da Oncologia, que visa exatamente a saúde, a qualidade de vida e o bem estar do paciente e das pessoas com ele envolvidas. Nas palavras de Maria Margarida (2003), é uma área que compreende todas as intervenções psicológicas possíveis, no trabalho com o paciente de câncer e seus familiares.

Maria Margarida, precursora da Psiconcologia no Brasil, refletindo sobre a aplicação da Psicologia nos cuidados com pacientes oncológicos, afirma que:

A Psiconcologia vem justamente oferecer aos pacientes confusos, desesperados, com dor, com medo do sofrimento e da morte, uma possibilidade de ajuda. E, por meio dessa ajuda, uma esperança no tratamento médico e no trabalho psicológico, buscando nas crenças, nas motivações e nos comportamentos modificados, uma possibilidade de reestruturação profunda de seu ser, incluindo o físico e o psíquico. (Maria Margarida M. J. Carvalho, 2003. p.284)

Essa possibilidade de ajuda, descrita acima por Maria Margarida, pode ser desenvolvida de várias formas pela equipe multidisciplinar de saúde e, principalmente, pelo Psicólogo.

A realização de atividades terapêuticas com paciente oncológico, por exemplo, tem grande importância em seu tratamento, principalmente quando estas são realizadas em grupo. No grupo acontecem vários processos de interação, de identificação de papéis, pois os relatos de história de vida de um paciente se tornam de extrema importância para a aprendizagem e aceitação de outros pacientes. E, além da aprendizagem, o indivíduo vai se transformando e descobrindo uma nova forma de lidar com a doença. Vai conseguir transformar aquela fase em que tudo era novo e lhe trazia medo, insegurança e ansiedade, em uma fase de aceitação, cheia de força, coragem e com muita resistência, para lidar com tudo que virá pela frente.

É através do convívio com estas novas pessoas que o indivíduo vai conseguir se transformar e se descobrir como paciente, pois é através do convívio com pessoas que lutam contra o câncer que estes pacientes vão conseguir lutar contra a sua doença de uma forma mais fácil e menos dolorosa.

As atividades realizadas motivam e fazem bem aos pacientes e essa afirmação é tão verdadeira que, de acordo com a presidente da instituição onde foi realizada esta pesquisa, após o início da realização de atividades terapêuticas e um maior acompanhamento e atenção aos pacientes, houve uma grande melhoria na evolução do tratamento. Os resultados de exames têm melhorado muito e o tratamento tem se tornado mais eficaz, mostrando, assim, a grande importância da interação mente/corpo no indivíduo, e ficando claro que os aspectos emocionais têm grande influência sobre as condições físicas do paciente. Daí a importância de se considerar o indivíduo como um todo.

A atuação do Psicólogo na instituição hospitalar, familiar ou em casas de apoio a pacientes com câncer, deve se dar no sentido de tornar claro o que significa a vida e toda a sua trajetória: viver, adoecer, morrer. A vida, a doença e a morte são aspectos que devem ser tratados e considerados de forma multidisciplinar, devem ser tratados por diferentes profissionais de saúde em suas distintas abordagens.

O psicólogo, em particular, deve amparar o paciente, buscando minimizar o sofrimento causado pelo processo de adoecimento, buscando reduzir o estresse do paciente e de todos aqueles ao seu redor, visando sempre à promoção e à recuperação da saúde física e mental de todos estes

REFERÊNCIAS

- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1997.
- BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, maio/ago. 2006.
- CARVALHO, M. M. M. J. (Coord.). **Introdução à psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.
- GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica do Brasil**, n. 47, p. 85-109, 2001.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: M. Fontes, 1998.
- LÖHR, S. S.; AMORIM, C. A. **Psicologia**: perspectiva teórica e metodológica comportamental. interação, Curitiba, v. 1, p. 29-41, jan./dez. 1997.
- MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho, M. M. M. J. (Coord.) **Introdução à psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

NAVES, A. J.; AQUINO, M. G.

RIBEIRO, E. M. P. C. O paciente terminal e a família. In: Carvalho, M. M. M. J.(Coord.). **Introdução à psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 50, p. 55-63, 2004.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. de S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**. n.18, p. 63-70. jan./abr. 2006.