

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE IDOSO COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: REFLEXÕES SOBRE REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO ADOECIMENTO E DA PRÁXIS DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

Cláudia Daniele Barros Leite-Salgueiro*

**1-Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP | Programa de Doutorado em Psicologia Clínica. 2-Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campi Pesqueira- Departamento de Enferagem. Email:daniele_leite_@hotmail.com*

Margarida Maria Florêncio Dantas**

***Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP | Programa de Doutorado em Psicologia Clínica. Email: margamdantas@hotmail.com*

RESUMO: Este artigo pretende refletir sobre a importância do acompanhamento psicológico ao paciente idoso com diagnóstico de câncer. Para tanto, analisamos as repercussões do descobrimento do câncer no sujeito idoso, considerando as particularidades desse sujeito e suas reações quanto ao tratamento e hospitalização. Foram entrevistados dois sujeitos idosos, um com diagnóstico de câncer de pulmão e outro de câncer de esôfago, que se encontravam internados em um hospital de grande porte da cidade do Recife – PE. O contato com esses indivíduos, provocando neles reflexões acerca da realidade vivenciada, nos fez perceber o imprescindível papel do psicólogo hospitalar numa equipe multidisciplinar que lida com pacientes em situações de adoecimento grave. Sendo a relevância social do presente trabalho, o acompanhamento ao paciente idoso acometido pelo câncer, promovendo a ele e seus familiares a possibilidade de lidar com o adoecer da maneira que lhe for mais conveniente. A necessidade de desenvolver trabalhos de pesquisa sobre a importância do acompanhamento psicológico ao paciente idoso é fundamental para uma melhor compreensão da práxis e divulgação à sociedade visto que pesquisas na área são escassas. A presente análise tem implicações importantes concernentes à formação dos psicólogos especializados em psicologia hospitalar, psicooncologia e psicogerontologia; também das práticas desenvolvidas em psicologia clínica no âmbito dos hospitais/serviços de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Psicologia clínica hospitalar, práxis, idosos, adoecimento, câncer.

1. INTRODUÇÃO

Acompanhamos um crescente aumento no número de idosos na população brasileira e, o interesse da população em geral em cada vez mais saber sobre aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida, ainda nesse contexto, acompanhamos que as temáticas vêm sendo constantemente estudadas por pesquisadores de diversas áreas, principalmente, nas ciências

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

da saúde e nas ciências sociais. Com a expansão da internet e a facilidade de navegação, as buscas à assuntos relacionados à saúde se entrelaçam com temáticas relacionadas ao adoecimento, aos sintomas, ao tratamento, dentre outras denominações. Assiste-se ainda a um enfoque no diagnóstico, nos serviços médicos e na medicação, considera-se, pois, a relevância do fazer médico e da integralidade da saúde. Tudo isso visando um prolongamento da vida.

É na fase da velhice que o indivíduo significativamente se depara com mais fatores que podem levar a um adoecimento, algo que o faz mudar sua rotina, seus hábitos, interferindo também na sua dinâmica familiar. Nesse sentido, quando do diagnóstico e da internação hospitalar, o sujeito idoso passa a receber os cuidados de uma equipe multidisciplinar que possui entre seus profissionais o psicólogo hospitalar. O desejo de realizar esse estudo se deu à partir da importância do olhar para as sensações do idoso diante do adoecimento, realizado por esse profissional.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) demonstram a tendência de envelhecimento do país. Os números da pesquisa revelam que o número de pessoas idosas no Brasil continua crescendo e vem atingindo contingente nunca antes visto, em 2012 passou de 12,6% da população para 13% de idosos em 2013, isto é, são 26,1 milhões de idosos no país¹.

Ponderemos que, pensar o envelhecimento na sociedade em que vivemos pode ser algo cercado de estereótipos, limitações e preconceitos. Pensar nesse mesmo idoso diante da perspectiva do adoecimento, e, sendo esta doença o câncer, leva-nos a considerar aspectos cruciais da prática em psicologia hospitalar e de sua interseção com a oncologia e a gerontologia. Sob essa perspectiva, entretemo-nos apoiando-nos sobre questões concernentes à experiência, à vivência, uma condensação de sentimentos.

Importa-nos dimensionar que, em termos gerais, o câncer é uma doença que se dá pela multiplicação incontrolável das células que podem passar para outros órgãos, sangue ou linfomas. Podendo chegar ao nível da metástase. Esse pode ser um quadro irreversível para alguns pacientes. Uma vez diagnosticados com câncer pode-se observar sentimentos de angústia, medo, algumas vezes podendo deixar de lado tarefas profissionais e até o convívio

social². As causas do câncer podem ser externas (relacionadas ao meio ambiente, hábitos e costumes) ou internas (histórico genético, relacionadas à capacidade de defesa de agressores externos) ao organismo, havendo uma interrelação entre ambas (INCA, 2010) ³.

Diante disso, o objetivo geral desse trabalho foi compreender a práxis do psicólogo hospitalar frente ao idoso com câncer e no suporte ao enfermo e à sua família. Os objetivos específicos foram analisar contextos de benefícios da atuação do psicólogo hospitalar no processo de hospitalização; observar as reações proeminentes dos sujeitos quando da descoberta do câncer na velhice; e, por fim, buscar identificar os sentimentos e os pensamentos que se presentificam no idoso, a partir da descoberta do câncer.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A partir do século XX surgem movimentos que tinham como enfoque o princípio da integralidade do paciente nos sistemas de saúde. Cultivava-se a definição de saúde não enquanto um quadro de bem estar, ausente de sintomas. Sim, como um todo, envolvendo tanto o aspecto biológico quanto o social⁴ (González, 1993). Essa visão foi expandida para um enfoque mais sistêmico, a do ser biopsicossocial, que considera a unificação das abordagens e dos conceitos de bem estar físico, social e mental do homem⁵ (Straub, 2014).

Foi através da ideia de psicossomática que o psicólogo conquistou espaço nos hospitais e nas equipes multiprofissionais, tendo como núcleo da atuação prestar assistência psicológica ao paciente, aos familiares e aos cuidadores. O psicólogo foi se inserindo em vários âmbitos hospitalares com estrita relação às clínicas médicas, como por exemplo, as áreas de cardiologia, oncologia, hemodiálise e gerontologia (áreas essas em crescente expansão diante do panorama da população brasileira que vem envelhecendo a cada ano)⁶.

Com a longevidade da população acompanhamos ainda o aumento no número de casos de doenças crônicas. Os riscos provocados pelos longos períodos de exposição à agentes patológicos e à fatores estressantes (Lenardt et al., 2005) fazem com que as condições crônicas de saúde sejam mais incidentes, sendo a maior delas o câncer^{7,8}.

O câncer é uma doença estigmatizada, que apesar dos avanços tecnológicos, ainda é uma doença permeada por imagens muito negativas, remetendo ao senso comum enquanto uma “doença maldita”. Essa imagem faz com que o paciente leve consigo um sentimento de desamparo e medo, mas não só um medo simplesmente da morte, mas o de morrer com câncer, de ficar inválido, perder as funções motoras, medo da dor crônica, para citar alguns⁹ (Barbosa & Francisco, 2007).

Frequentemente presente no contexto do câncer e na rotina de médicos, de psicólogos hospitalares e de outros profissionais da saúde, a dor é conceituada enquanto algo desagradável, algo incômodo, que gera sofrimento. No entanto, há muitas relatividades em relação à dor, uma vez que, como se sabe, a reação alusiva à dor depende muito da cultura que a pessoa afligida está inserida, da fisiologia do sujeito, entre outras coisas. A dor como sendo algo subjetivo é expressa por cada indivíduo de acordo com os seus fatores neuronais, biológicos, psicológicos e sociais¹⁰.

No caso da dor crônica em oncologia, esta é relacionada à doença e ao processo do tratamento. Nessa situação, a dor deve ser controlada por meio de intervenções medicamentosas e não medicamentosas, uma vez que, o paciente, geralmente, apresenta-se sem muito vigor e, o incômodo da dor desencadeia estresse, não só para o paciente, mas para a família e à equipe de saúde do hospital¹⁰ (Miceli, 2002).

É justamente com essa intenção de dar conforto aos incômodos que surge os cuidados paliativos, trata-se de “um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima”¹¹ (Figueiredo, 2001, p. 28). Dessa forma, o idoso acometido por um adoecer crônico e degenerativo tem a chance de sair do estereótipo que o câncer promove, representado por sofrimentos significativos, debilidade física, perda da autonomia e privacidade (provocadas pela hospitalização), tudo isso causado pelo avanço da doença e pelo tratamento dispensado, que inclui quimioterapia e novos desconfortos¹² (Dantas, 2014).

Nesse sentido, é vital que o paciente oncológico com dor seja assistido a fim de ausentar o seu sofrimento. No caso, de pacientes oncológicos com dor crônica, deve ser necessário o empenho dos profissionais para proporcionar, da melhor maneira possível, um bem estar ao mesmo, minimizando os efeitos colaterais da dor¹⁰ (Miceli, 2002). Nessa conjuntura, parece-nos manifesto que o sofrimento que é visível aos olhos é aquele em que há experimentação de dor física. E o sofrimento da experiência de adoecimento e de tratamento? Remonta-se, pois, à reconhecida e densa *práxis* da atuação profissional em psicologia hospitalar.

Não obstante, demandas atinentes à adaptação à nova rotina de internação, vivência das fases das doenças¹³ (Kubler-Ross, 1996), individualidade, entre outras, devem ser ponderadas pelos profissionais de psicologia. Além disso, a atenção ao que está mais além dos fenômenos, comporta-nos a explorar o velado, o não verbalizado – sejam as representações do diagnóstico, do processo da doença, da internação, do tratamento, das mudanças da rotina, das alterações no corpo, dor, do amparo ou do desamparo da família e da sociedade, expectativas, entre outras questões⁶. Há uma implicação lógica com a questão da temporalidade.

Por consequência, a autorização e a escuta da subjetividade de cada paciente são importantes, já que, possibilitam um elo que acolhe demandas que não são médicas, como a do paciente se sentir olhado e cuidado e, mais a frente, possibilita ao profissional da psicologia reconhecer as peculiaridades das reações do paciente¹⁴ (Mendonça, 2014).

Nessa seara, os psicólogos hospitalares tem uma atuação imperativa no acompanhamento desses pacientes e de seus familiares, pois que, a notícia do diagnóstico pode provocar alterações significativas na reação emocional, podendo acender sentimentos de insegurança. Nesse ínterim, em casos de repetidas e longas internações, não é incomum que acompanhem sensações de impotência diante da inexorabilidade do tempo, sofrimento e receio da morte. É comum que acompanhem, ainda, a consciência da sua proximidade com a morte, o que em determinados idosos pode gerar uma falta de esperança para o futuro^{15, 6} (Pelaez Doró et al., 2004).

Diante disso, o psicólogo hospitalar deve ressignificar esse “lugar” do paciente que antes vivenciava outra rotina. É importante ainda que consideremos que, pelo ponto de vista psicológico, a doença é algo que ninguém escolhe ter. Consecutivamente, adoecer sempre denota algo ruim, inesperado, que descontinua o curso da vida e vários projetos futuros⁶.

O psicólogo hospitalar precisa, pois, acompanhar a dor e outros sentimentos dos pacientes e dos familiares implicados, trabalhando com eles aspectos que ressignifiquem o sentido da doença, do tratamento, da vivência e do amparo. O acompanhamento àqueles pacientes sequelados, com limitações no contato e/ou traqueostomizados, por exemplo, exigirá um maior debruçar ao paciente e à família, onde o olhar, a empatia e demais esforços por parte do psicólogo no atendimento deverão ser sempre renovados. De fato, não há nessas situações do contexto da psicologia clínica no ambiente hospitalar um caráter *sui generis*, que se estrite a uma práxis protocolada, mas sim, à toda uma gama de possibilidades e subjetividades amparadas exclusivamente pela escuta⁶.

3. METODOLOGIA

A pesquisa foi enviada à Plataforma Brasil sob o número CAAE: 0204.0.097.000-11 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O presente estudo é de caráter exploratório e qualitativo. É composto por uma amostra intencional, endossada consecutivamente por, Minayo (2000)¹⁶ e Gil (2009)¹⁷, que citam que, na escolha de um extrato da população (grupo estabelecido de elementos que detém determinados atributos), com base nos dados e informações disponíveis, possa ser avaliado enquanto universo representativo a ser estudado, avigorando o aprofundamento da compreensão desse subgrupo.

Para a participação no estudo foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do idoso, este continha as informações sobre o estudo e as condições de participação, e, foi apresentado aos participantes conforme as recomendações da Declaração de *Helsinki* (1989)¹⁸ e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS (BRASIL, 2012)¹⁹ que trata de pesquisa realizada com seres humanos, de modo a garantir seu anonimato, privacidade, sigilo, direito a desistência a qualquer momento sem

nenhuma penalização, como também assegurar a ausência de ônus relacionado à sua participação.

Para a reflexão acerca do processo de adoecimento, de internação e de acompanhamento psicológico ao sujeito idoso, partimos da observação e da escuta de pessoas que se encontravam internadas há pelo menos uma semana, diagnosticadas com câncer e acima de 65 anos de idade. A escuta desses indivíduos se deu através de entrevistas semidirigidas que foram gravadas e posteriormente transcritas. Em função dos objetivos propostos, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória por possibilitar um conhecimento que ultrapassa os dados meramente estatísticos, priorizando o objeto de investigação a partir do que é colocado pelos participantes e do significado que possui para os mesmos.

O universo amostral foi composto por dois idosos, um com diagnóstico de câncer de pulmão e outro com diagnóstico de câncer de esôfago, ambos casados, com escolaridade de nível superior e internados num hospital particular localizado na cidade de Recife-Pe.

Os dados recolhidos foram sistematicamente organizados em diários de campo e relatórios descritivos. A análise dos dados foi feita por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (1977). A análise de conteúdo se compõe de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. A técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) consentindo a realização de inferência de conhecimentos²⁰.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos relatos dos pacientes entrevistados, foi percebido que cada sujeito que vivenciava o câncer na velhice, o fez a partir das suas condições particulares que respondem aos atravessamentos históricos, sociais e culturais de cada um. Esses pacientes consideraram a consciência de sua finitude, e, a partir do contato com a psicóloga hospitalar, se constituíram

como sujeito de seus atos, considerando suas prioridades. O que os fez, talvez, lidar da melhor forma com seu adoecimento e proximidade da morte.

I.F.C., 82 anos, com diagnóstico de câncer de pulmão e em tratamento há 2 anos, relata que sentiu muito medo do diagnóstico e da morte, mas que, hoje em dia, ultrapassadas algumas internações, não mais associa com tanta intensidade o câncer à morte.

[...] Olhe, dizer que eu não senti muito medo é mentira. Eu senti sim. Ainda sintomas só que menos um pouco. Eu antes associava a minha morte à qualquer minuto... Antes eu vivia numa esfera de síndrome do pânico, eu sentia que isso me enfraquecia muito, eu parecia uma bomba. Já fui internado muitas vezes e voltei para casa. Acho agora que se eu escapar da morte eu estou no lucro. Sinto que eu estou enganando a morte e estou com menos medo dela, não posso dar tanta certeza assim porque medo eu tenho, admito. A diferença é que agora eu aceito mais um pouco, diria que 10%. Morrer não é fácil, mas, todas as vezes que venho a ser internado com alguma recaída do tratamento vejo a importância dessa equipe de saúde não só para mim, mas, para a minha família. Estou passando por muitas internações e sinto que o trabalho de psicologia está me ajudando a encontrar um pouco mais de calma nesse sofrimento todo.

Observamos que na velhice, a doença vem se somar às necessidades muito próprias de comunicação com o outro, agravando o sentimento de desesperança do idoso, em lugar de propiciar tempo para um rito de passagem dos laços familiares e uma busca pessoal de sentido (em outras palavras trata-se da transcendência)^{6,21} (Chahon, 2014).

[...] Esse estigma de que quem tem câncer vai morrer é pura verdade, sinto na pele. Não é nada fácil, tem dia que choro muito, vocês tem observado tudo isso. Tenho tido um pouco de paz graças às orações. Não sei até onde aguento mas estou na luta e que bom que vocês estão comigo. Tenho que ser forte né? Morrer todo mundo vai um dia. (J.F.H.F, 67 anos, com diagnóstico de câncer de esôfago e em tratamento há 1 ano e meio)

Nesse sentido, abre-se um parêntese para destacar que, o psicólogo hospitalar debruça-se no ofício de acolher e escutar esse sujeito enfermo, que por estar internado e fora de uma rotina social mais ampla, acaba desenvolvendo um sentimento de despersonalização. Essa escuta permite com que o paciente e seus familiares possam comentar sobre a doença e conseqüentemente encarar as adversidades emergentes de cada fase. Em situações envolvendo pacientes terminais, a abordagem ajuda com que o paciente e a família possam enfrentar o processo de morrer e o luto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Pensar o envelhecimento na sociedade em que vivemos ainda é algo envolto em estereótipos de desvalia e preconceitos. Estes tendem a se acentuar quando tais idosos vivenciam esta etapa de vida internados em hospitais para tratamento de doença tão avassaladora. Reflitamos o quanto tais aspectos podem se atenuar ao se pensar no câncer enquanto a doença que mudará, mesmo que momentaneamente, todos os recentes ou futuros planos do indivíduo e de sua família.

O presente trabalho indica ainda que, diante da dificuldade vivenciada pelo idoso com câncer e seus familiares, a presença do psicólogo hospitalar pode provocar um alívio do sofrimento enfrentado. A possibilidade de externar as dores físicas do corpo, as dores psicológicas da perda da saúde, as dores sociais da perda da privacidade e autonomia, as dores espirituais do desequilíbrio da fé, tudo isso permite uma compreensão de como vivenciar esse momento de uma forma mais confortável, mesmo em meio ao desconforto.

Ainda esse profissional se coloca a serviço da equipe, não só como um membro dela, mas como alguém que também ajuda no processo de enfrentamento da equipe de saúde diante da aproximação da morte de um paciente. Isso porque, muitas vezes, essa equipe de saúde é o alvo de toda agressão provocada pelos anseios do adoecimento que parte tanto do sujeito adoecido como de seus familiares. E, além disso, a equipe de saúde também sente quando perde um paciente.

O psicólogo hospitalar, então, torna-se imprescindível na equipe multidisciplinar que acompanha idosos acometidos pelo câncer, permitindo a esse sujeito atualizações de possibilidades diante de uma realidade cruel que o invade e o impede, de alguma forma, de vivenciar o envelhecimento de maneira mais prazerosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Síntese dos indicadores sociais 2010. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2011). ABC do Câncer. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

Melo, Mônica Cristina Batista ; Barros, Erika Neves ; Campello, Maria da Conceição Vieira Arcoverde; FERREIRA, Ferreira, Leany Queiroz Lopes; Rocha, Luciana Lins de Carvalho; Silva, Camille Izabella Mariana Gomes; Santos, Nelse Tainah Figueirôa dos. (2012). O funcionamento familiar do paciente com câncer. Psicologia em Revista, PP. 73-89, 18, (1).

González, F. (1993). Personalidad Salud y Modo de Vida. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Straub, R. O. (2014). Psicologia da Saúde – Uma abordagem biopsicossocial. Porto Alegre: Editora GRUPO A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. (2015). Cadernos de Psicologia. Os tempos no Hospital Oncológico: uma questão interdisciplinar? Acompanhamento Psicológico ao Idoso com Diagnóstico de Câncer: Reflexões sobre a temporalidade, o adoecer e a dor-de-ser. Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd (organizadores). SALGUEIRO, Cláudia Daniele Barros Leite & COELHO, Larissa. Capítulo V. Rio de Janeiro: INCA.

Lenardt, M. H, et al. (2005). O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. Cogitare Enferm. PP. 16-25, 10, (1).

Silva S.S; Aquino, T. A.A; Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognição e emoções a partir do diagnóstico. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4, (2).

Barbosa, L.N.F., Francisco, A.L. (2007). A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. Revista SBPH. Rio de Janeiro, 10, (1).



Miceli, A.V.P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro (RJ), pp. 363-373, 48, (3).

Figueiredo, M. T. (2006). Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. IN: *Revista Prática Hospitalar*, 17, (3).

Dantas, M. M. F. (2014). A experiência da palição: um olhar a partir do modo próprio de subjetivar-se diante do adoecer. Universidade Católica de Pernambuco. Departamento de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia Clínica. Programa de Mestrado em Psicologia Clínica. Dissertação de Mestrado.

Kübler-Ross, E. (1996). **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2014). *Cadernos de Psicologia. Hospital do Câncer I. Sofrimento psíquico do paciente oncológico : o que há de específico?* Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd (organizadores). Mendonça, G, et al. **O diagnóstico em Psicologia**. Capítulo V. Rio de Janeiro.

Pelaez Doro, M., Pasquini, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M.A. & Moura, G.L. (2004). **O Câncer e sua representação simbólica**. *Psicol. Ciência. Profissão. Brasília*, 24, (2).

Minayo, M. C. (2000). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec.

GIL, A. C. (2009) **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas.

BRASIL. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde . Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2014). *Cadernos de Psicologia. Hospital do Câncer I. Sofrimento psíquico do paciente oncológico : o que há de específico?* Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd (organizadores). Chahon, M. **Considerações sobre o adoecimento oncológico na velhice**. Capítulo IV. Rio de Janeiro.