

O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS NA ONCOLOGIA

Maiara Pessoa Bispo ¹

RESUMO

Os fenômenos estressores que se associam ao diagnóstico e ao tratamento do câncer acarretam perdas importantes na qualidade de vida dos indivíduos e implicam a necessidade de um ajustamento psicossocial dos pacientes e seus familiares, além de demandarem intervenções psicoterapêuticas especializadas. Considerando a carga subjetiva presente no encontro de pacientes hospitalizados com o diagnóstico de doenças crônicas e suas intervenções cirúrgicas, o presente trabalho objetivou aprimorar a assistência oferecida aos adultos e idosos atendidos na atenção especializada de alta complexidade. A partir de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem exploratória, objetivou-se criar uma maior familiaridade com a temática por meio da realização de levantamentos da representação social do paciente hospitalizado por meio de uma revisão narrativa. Pode-se afirmar que os resultados apontam para a necessidade de um preparo social na abordagem de temas como: luto, doenças, hospitalizações, vida e morte diante do contexto de internação; o que aponta para a importância da inscrição do psicólogo da saúde tendo em vista sua ação para promoção da saúde biopsicossocial.

Palavras-chave: Hospitalização, Psicologia, Representações Sociais, Oncologia.

INTRODUÇÃO

Ao considerar que as modalidades de tratamento voltadas à cronicidade do adoecer transcendem a dimensão do biológico, parte-se do pressuposto que, na tentativa de tornar o estranho familiar durante o período de internação hospitalar, pacientes e acompanhantes, de forma tácita, são convocados a significar as práticas clínicas e sociais instituídas pela dinâmica terapêutica. A relevância deste estudo está em dar visibilidade às dimensões simbólicas que atravessam a vivência dos pacientes hospitalizados diagnosticados com câncer.

Embora sejam acolhidos em hospitais, os doentes não são admitidos de acordo com suas necessidades. De acordo com Espinha (2007) a hospitalização pressupõe um cuidado por parte da equipe que habitualmente segue os padrões do modelo biomédico priorizando os cuidados ao corpo físico, deixando de lado outras dimensões do ser humano. Além do tratamento concedido ao paciente, o espaço do hospital causa estranhamento, dado que é

¹Graduada pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande - PB, atua como Psicóloga Clínica na cidade de Campina Grande-PB, maiarapess@hotmail.com.

divergente ao espaço habitual do sujeito. Dessa maneira, o paciente perde sua privacidade, liberdade, personalidade e autonomia.

Além disso, muitos dos pacientes não possuem conhecimento e orientações necessárias sobre as intervenções, o que os fazem ter mitos e ideias imaginárias, gerando respostas negativas. Os procedimentos cirúrgicos, por exemplo, podem representar uma ameaça ainda maior para o paciente, remetendo, em alguns casos, a uma aproximação da morte, como o exposto por Gomes, Melo, Vasconcelos, e Alencar (2014).

Barbosa, Terra e Carvalho (2014) dissertam que 68% dos pacientes hospitalizados afirmam conviver com o constante sentimento de medo, e 32% das pessoas atendidas na internação, não são em prática, assistidas. Os autores ainda mostram o registro de 17% em queixas relacionadas à assistência prestada na hospitalização, o que levanta a discussão sobre a necessidade de melhoria na realidade do paciente em ambiente cirúrgico, visto o caráter ameaçador que este proporciona na percepção do adoentado e seus familiares.

Arelado a esses fatores, segundo Landskron (2008), a alta incidência do câncer, nos últimos anos, coloca esta doença como um dos principais males da humanidade. O câncer, segundo o autor, é uma doença que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e a capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (metástases), pois essas células tendem a ser muito agressivas e invasivas, determinando a formação de tumores, desencadeados a partir de um crescimento celular desordenado. O tratamento para o câncer pode se apresentar em forma de: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou transplante de medula óssea, sendo necessária, em muitos casos, a combinação dessas modalidades (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2000).

Nesse caso, Scannavino et al. (2013) contribui teoricamente ao ressaltar algumas funções do psicólogo para o contexto do paciente oncológico, incluindo aqueles que eram atravessados por métodos cirúrgicos. Tais atribuições seriam: preparar o paciente para a realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos, além do enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos, auxiliando na aquisição de novas habilidades, inclusive em uma retomada dessas que se apresentem de maneira preexistente. Acrescida a essa estratégia, encontra-se a revisão dos valores para contribuir com o retorno deste paciente à vida profissional, familiar e social, ou até mesmo, para o final da vida.

Percebe-se assim, que além do acontecimento da hospitalização, os indivíduos que vivenciam o câncer ainda sofrem com a gravidade da doença. A partir dessa proposição, procurou-se compreender sob o olhar do paciente portador da enfermidade, seu ponto de vista

na experiência da hospitalização. Para tanto, foi realizado na presente pesquisa o procedimento técnico de revisão narrativa a partir de referências do campo com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, analisando os resultados de maneira indutiva a partir da compreensão da relação entre mundo e sujeito.

Goffman (1974) esclarece que o internado deve renunciar à sua vontade, já que estará submetido às necessidades dos procedimentos terapêuticos. O autor referido expõe que tal determinação perturba a autonomia do paciente por estar fechado numa enfermaria, e assim não ter liberdade para pequenos movimentos de acomodação nesse local. Esses fatores levam ao que o Goffman chama de processo de “mortificação do eu” ou “mutilação do eu”. Assim, existiriam regras onde seria feito o controle de necessidades humanas pela organização burocrática, sendo:

“[...] um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições que expõem as principais exigências quanto à conduta do internado. Tais regras especificam a austera rotina diária do internado. Os processos de admissão, que tiram do novato os seus apoios anteriores, podem ser vistos como a forma de a instituição prepará-lo para começar a viver de acordo com as regras da casa” (GOFFMAN, 1974, p.50).

O paciente hospitalizado tem seu estado alterado, já que no afastamento de sua rotina, tem-se a instalação de sentimentos estressores (BRUSCATO ET AL., 2004; LOPES & AMORIM, 2004; STENZEL, FERREIRA, DERTELMANN, MACHADO, & COLOGNESE, 2012). Diante da inquietação sobre quem é o adulto e o idoso hospitalizado na clínica oncológica, constamos com Vieira, Araújo e Vargas (2012) que a aceitação do homem em relação a um Câncer depende do atendimento qualificado pela equipe hospitalar. A ansiedade e as respostas depressivas foram presentes tanto nas investigações com o gênero feminino, quanto, com o gênero masculino (VIEIRA, ARAÚJO E VARGAS, 2012; NASCIMENTO, FONSÊCA, ANDRADE, LEITE, ZACCARA, & COSTA, 2014).

A despersonalização do paciente se inicia logo quando ele entra no hospital ao não poder usar suas roupas. Sua rotina diária, que inclui trabalho, estudo, relações sociais e familiares são abaladas, pois a hospitalização o afastará dessas situações momentaneamente. Além disso, terá de permanecer em um local com características bem diferentes da sua casa, rodeado de pessoas desconhecidas (TAVARES, 2013).

Arelado ao fator da hospitalização, Costa e Chaves (2012) coloca que “77% de todos os tipos de câncer são diagnosticados a partir dos 55 anos ou mais” (p. 1886), o que aponta para a necessidade de um pensamento específico sobre a vivência do câncer em idosos.

Barreto e Castro (2015) defendem que embora exista na representação social a ideia do idoso passivo quanto à suposição de experiência de morte após hospitalização, existe uma insegurança e incidência de medo nesses idosos, quanto ao fenômeno desconhecido que é o morrer.

Por esse motivo, acreditamos que nosso trabalho irá contribuir para o aprimoramento da assistência oferecida aos adultos e idosos por realizar os levantamentos da representação social do paciente hospitalizado, que nos mostrará a necessidade de uma assistência pautada sobre compaixão e ternura, já que, existindo estas características, é possibilitado o encontro com o paciente a fim de saber o sentimento deles, fator que se tornará subsídio para o atendimento das multidisciplinas que compõe o ambiente hospitalar.

Sobre a vivência dos pacientes na Oncologia Cirúrgica, Xavier, Pereira e Silva (2015), expressam que a resposta ao diagnóstico de câncer é pessoal, pois cada indivíduo possui experiências únicas. Porém, outros conflitos podem intensificar as respostas ao diagnóstico alterando a compreensão e aceitação, como a idade e o estágio da vida do paciente. A aceitação pode apresentar-se de forma extremamente hostil e vir acompanhada de intensa revolta e melancolia.

O autor pontua que no momento do diagnóstico, a preocupação inicial dos pacientes é a possibilidade da própria morte, levando-os a refletir sobre sua vida, crenças, valores e espiritualidade. Frente a este momento de angústia ante o diagnóstico, as principais dificuldades que afetam os pacientes são: sentimentos de angústia, transtorno de ansiedade e tentativa de suicídio, devendo ser diagnosticados e tratados de maneira inadiável.

Para pesquisadores da área, pacientes com diagnóstico de câncer apresentam tendências à depressão quando comparados com a população saudável e, como esta pode interferir nos resultados do processo de tratamento, deve ser precocemente avaliada e tratada (SCANNAVINO ET AL. 2013; LOURENÇÃO 2010). Porém, maiores níveis de ansiedade, tensão e tendência suicida foram detectados em pacientes com câncer que não receberam informações sobre sua doença (FURLANETTO, 2006).

METODOLOGIA

Este estudo visa conhecer os aspectos inerentes ao processo de hospitalização do adulto e do idoso, além de descrever as representações sobre a vivência, elaboradas por eles para tratamento do câncer, de acordo com os resultados da pesquisa.

Para tal fim, realizou-se um levantamento teórico por meio de uma pesquisa narrativa na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando como descritor o termo “Oncologia Cirúrgica”, considerando enquanto critério de refinamento os artigos publicados no idioma português e espanhol entre o período de 2011 à 2016. Foram excluídos, todos os artigos que não faziam referência direta ao tema da vivência hospitalar do sujeito adulto e do sujeito idoso envolvendo o tratamento para o Câncer. Para além do material coletado na mídia digital, foram incluídos nesta amostra, livros-texto de relevância nacional sobre a temática da internação hospitalar, em especial de crianças e idosos.

Nessa pesquisa relatada, foram encontrados 40 artigos, e destes, 18 foram analisados. Os artigos retratam a hospitalização do adulto e do idoso enquanto um marco existencial na vida do sujeito que causa estresse naquele que está adoentado, assim como, gera medo e pode mobilizar negativamente as emoções. A respeito dos livros-texto, foram selecionados 6 para análise, de modo que 2 destes foram utilizados para este trabalho por fazerem referência ao tema.

DESENVOLVIMENTO

A Psico-Oncologia consiste na interface entre a psicologia e a oncologia onde são abordadas questões psicossociais que envolvem o adoecimento ocasionado pelo câncer. Nesta, utilizam-se estratégias de intervenção que podem ajudar o paciente, seus familiares e a equipe que o acompanha no enfrentamento e aceitação de uma nova realidade, promovendo, assim, melhorias na qualidade de vida. O papel do psicólogo nesse contexto propõe o apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto do diagnóstico e de suas consequências (SCANNAVINO, 2013).

Segundo Lourenção (2010), os fenômenos estressores que se associam ao diagnóstico e ao tratamento do câncer acarretam perdas importantes na qualidade de vida dos indivíduos e implicam a necessidade de um ajustamento psicossocial dos pacientes e seus familiares, além de demandarem intervenções psicoterapêuticas especializadas.

No atendimento a indivíduos com alguma enfermidade crônica, tal como câncer, a atuação do psicólogo deve favorecer a adaptação dos limites, das mudanças impostas pela doença e da adesão ao tratamento; auxiliar no manejo da dor e do estresse associados à doença e aos procedimentos necessários; auxiliar na tomada de decisões; preparar o paciente para a realização de procedimentos invasivos dolorosos, e, enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos; promover melhoria da qualidade de vida; auxiliar a aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes; e revisão de valores para o retorno à vida profissional, familiar e social ou para o final da vida (SCANNAVINO, 2013).

Siqueira et al. (2013), falam sobre a existência de dúvidas e ansiedade quanto aos procedimentos médicos de tratamento na oncologia, de modo que o profissional responsável por mediar os processos envolvendo tecnologia e paciente, é essencial no processo de tranquilizar, explicar e dar suporte ao hospitalizado, indo além do conhecimento científico, com o objetivo de adquirir a capacidade de ver e escutar com celeridade e clareza.

A assistência de qualidade deve ser uma meta nas instituições hospitalares, visto a importância da afetividade, comunicação, sinceridade e empatia, no ambiente em que se responsabiliza por tratamento de doentes. Estes fatores são elementos construtivos para o cuidado na assistência, pois é na compreensão do outro, que o profissional de saúde possibilita ao paciente o entendimento do autocuidado, fazendo com que este perceba suas potencialidades, melhorando, conseqüentemente, sua permanência hospitalar, que devem estar, preferencialmente, distante de respostas ansiogênicas e depressivas, já que estas dificultam a aceitação da doença e realização de procedimentos cirúrgicos (SIQUEIRA et al., 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação às Representações Sociais acerca do câncer, Nóbrega (2001) disserta que as representações são coletivas à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, conduzindo os homens a pensar e agir de uma maneira homogênea. Quando se trata do

paciente oncológico, a importância do cuidar do paciente e dos familiares se intensifica, considerando as representações sociais que o câncer traz consigo.

As representações sociais enquanto sistemas de interpretação regem nossa relação com o mundo e com os outros, organizam e orientam as condutas e comunicações sociais. Durkheim considera que o saber partilhado e reproduzido coletivamente transcende o individual, autorizando as representações coletivas a se imporem e penetrarem nas consciências individuais (JODELET, 2001).

Como refere Cardoso (2006) no mundo ocidental atual a representação social de corpo rege-se pelo mito do corpo perfeito. A doença e a incapacidade física comprometem assim o modelo de perfeição, desencadeando vivências perda da integridade corporal e de perda de identidade.

As doenças associadas à morte quebram a temporalidade futura em que se apoia a segurança da pessoa. No nível individual, esse primeiro momento do impacto da morte está subordinado completamente à representação social da doença. É por isso que o momento do diagnóstico torna-se muito significativo para o estudo das representações sociais das doenças. O autor coloca que tem mais haver com a insegurança e o medo que estão associados à doença e com a representação social dela, do que com a informação que a pessoa domina. Esse medo é um sentido subjetivo associado à representação da doença (REY, 2006).

O câncer traz uma ruptura com a temporalidade situada no futuro. O sentido subjetivo da morte, que faz essa temporalidade aparecer como “morte sentida” e iminente, é um elemento muito importante da representação social do câncer. A morte, nesta perspectiva, deixa de ter um significado com o qual transitamos num plano intelectual, para converter-se em uma emoção esmagadora e intensa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhando os conceitos de cuidado, vínculo, emoções e adoecimento tendo como intuito contribuição ao doente e familiar, a psicologia mostrou-se potencialmente transformadora no contexto da vivência hospitalar entre os adultos e idosos pesquisados nessa análise teórica.

Acreditando que o olhar do outro, juntamente com a disposição de signos e significados, pode formar subjetividades, a atenção em torno da hospitalização dos pacientes oncológicos-cirúrgicos se mostrou necessária para evitar processos de exclusão, de modo que

a Psicologia se mostra eficiente nessa função já que procura evitar os processos de exclusão em torno do adoecimento, assim como, possibilita estratégias de enfrentamento para os sujeitos adoentados e seus familiares.

Os resultados encontrados mostraram que nas dimensões cognitivas e comportamentais são vistas respostas frente ao processo de hospitalização, de modo que os fatores emocionais influenciam diretamente neste quesito. Percebe-se uma necessidade da inserção da psicologia na produção da área, e por este motivo, acredita-se que este trabalho poderá contribuir para esta ênfase em Psicologia da saúde por levantar novas questões e subsidiar pesquisas posteriores.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C., TERRA, F. S. & CARVALHO, J. B. V. (2014). **Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário.** Revista enfermagem UERJ; 22(5), 699-704.

BARRETO, S. M., & CASTRO, E. K. (2015) **Crítérios de Médicos Oncologistas para Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos.** Psicologia: Ciência e Profissão. 35(1), 69-82.

BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C. & LOPES, S.R.A. (org). (2004). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

CAMPOS, E. S. & ALMEIDA, T. (1944). **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar, 7. Ministério Da Saúde. Divisão De Organização Hospitalar.

ESPINHA, T. G. (2007). **Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado.** (Dissertação de mestrado não publicada) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

GOFFMAN, E., LEITE, D. M., & SOUZA, A. C. (1974). **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, p.50.

GOMES, E. T., MELO, R. L. A. S., VASCONCELOS, E. M. R., & ALENCAR, E. M. (2014). **Ansiedade e medo em enfermagem médica-cirúrgica.** Revista Enfermagem Brasil, 13(1), 49-54.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Registros Hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2000.

JODELET, D. (2001). **Representações sociais: um domínio em expansão.** As representações sociais, 17-44.

LANDSKRON, L. (2008). **Psico-oncologia: As descobertas sobre o câncer ao longo da história. Câncer: uma abordagem psicológica.** Porto Alegre: AGE, 11-31.

LOPES, S.R.A., & AMORIM, S. F. **Avaliação psicológica no Hospital Geral.** In W.L. Bruscato; C. Benedetti & S.R.A. Lopes (org). (2004). A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. (pp. 53-60). São Paulo: Casa do Psicólogo. Recuperado em 24 de julho de 2016, de https://books.google.com.br/books?id=plkploewiY0C&pg=PA53&hl=ptBR&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

LOURENÇÃO, V. C., SANTOS JR., R., & LUIZ, A. M. G. (2010). **Aplicação da terapia cognitivo comportamental em tratamento de câncer.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 5(2), 45-58

NASCIMENTO, K. T. S., FONSÊCA, L. DE C. T. DA, ANDRADE, S. S. DA C., LEITE, K. N. S., ZACCARA, A. A. L., & COSTA, S. F. G. (2014). **Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia.** Escola Anna Nery, 18(3), 435-440.

NÓBREGA, S. M. **Sobre a Teoria das Representações Sociais.** In: MOREIRA, Antônio Paredes (org.). (2001). Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa, Editora da UFPB.

REY, FERNANDO LUIS GONZÁLEZ. (2006). **Las representaciones sociales como produccion subjetive: su impacto en la hipertension y en el cancer.** Psicologia: teoria e prática, 8(2), 69-85.

SCANNAVINO, C. S. S., SORATO, D. B., LIMA, M. P., FRANCO, A. H. J., MARTINS, M. P., JÚNIOR, J. C. M., & VALÉRIO, N. I. (2013). **Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos.** Psicologia USP, 24(1), 35-53.

SIQUEIRA J. F., SILVA D. M. A., OLIVEIRA F. J. G., CAETANO J. Á., CAMPOS F.A., CAMURÇA M. N. S. **Utilização de dispositivos para infusão contínua de quimioterápico na percepção do paciente oncológico.** Ceará: UFC Editorial. (2013). Rev. Rene. 14(6).

STENZEL, J. Q. L., FERREIRA, V. R. T., DERTELMANN, MACHADO, C. V., COLOGNESE. B. T. (2012). **A avaliação psicológica no contexto hospitalar.** In J. Q. L. Stenzel, M. E. Paranhos & V. R. T. Ferreira. (org). A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis. (pp. 51-67) Recuperado em 20 de julho de 2016, de https://books.google.com.br/books?id=xNs--TubIAQC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=a+avalia%C3%A7%C3%A3o+psicol%C3%B3gica+n+o+contexto+hospitalar+stenzel&source=bl&ots=GU9mgfiXBm&sig=Xae8JJaQLb_Ti5IJFYWtzHE-p_U&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjYloOpoMLOAhWMjpAKHUfXCBgQ6AEIHzAA#v=onepage&

q=a%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20psicol%C3%B3gica%20no%20contexto%20hospitalar%20stenzel&f=false

TAVARES, A. T., & PAWLOWYTSCH, P. W. M. (2013). **Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva.** Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar, 2(2), 32-43.

VIEIRA, C.G., ARAÚJO W.S., & VARGAS, D.R.M. **O homem e o câncer de próstata: Prováveis reações diante de um possível diagnóstico.** Revista Científica do ITPAC [periódico on line]. 2012; 1(5). Recuperado em 26 de julho de 2016, de <http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/51/3.pdf>

XAVIER, F., PEREIRA, M., PUPO, P. A. S., A. C., & SILVA, M. C. R. (2015). **Particularidades do enfrentamento psicológico a partir do diagnóstico de recidiva do câncer.** Boletim Academia Paulista de Psicologia, 35(89), 409-423.