

Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero, relacionado à prática radioterápica

Psychological Aspects of Patients with Cervical Cancer Radiotherapy – Related Practice

*Cibelle Borges Mendes**

*Celso Roberto Nunes***

Resumo

Radioterapia é um dos tratamentos instituídos para o combate ao câncer de colo uterino e provoca um forte impacto orgânico e psicológico nos pacientes. Ao destacar a importância do acompanhamento psicológico, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de investigar as percepções e estratégias de enfrentamento à radioterapia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com sujeitos encontrados a partir do método “Bola de Neve”, aos quais se aplicou uma entrevista aberta, posteriormente realizada sua Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo compreendeu que a informação e a acolhida são fatores inerentes a melhoria da qualidade de vida do paciente. Percebeu-se que o apoio das redes sociais e equipe de saúde influencia positivamente no enfrentamento da enfermidade e auxilia a elaborar as idéias de finitude e a passividade quanto ao tratamento e o curso da doença. Assim, o estar informado e sentir-se acolhido e apoiado em seu sofrimento são situações que podem auxiliar o paciente no tratamento, reabilitação e convívio social.

Palavras-chave: Aspectos Psicológicos, Radioterapia, Câncer Uterino.

* Bacharel em Psicologia pela Faculdade Integral Diferencial – FACID; Pós-graduanda em Psicologia Organizacional e do Trabalho. E-mail: cibellebm@gmail.com

** Psiquiatra, Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI e Doutor em Psicologia Clínica/ Psicossomática pela PUC-SP. Professor do curso de Psicologia, Fisioterapia e Medicina da Faculdade Integral Diferencial – FACID. E-mail: celsornunes@ig.com.br

Artigo elaborado a partir de Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Psicologia pela Faculdade Integral Diferencial.

Abstract

Radiotherapy is a treatment instituted to combat uterine cancer and causes a strong physical and psychological impact on patients. Highlighting the importance of monitoring psychological, research was done in order to investigate the perceptions and strategies of confrontation to radiotherapy. It is a qualitative research with individuals found by the method "Snowball", who participated in an open interview, which had its analysis of content performed before. The analysis of content understood that the information and the reception are inherent factors that improve the patient quality of life. It was realized that the support of social networks and health team have a positive influence in combating the disease and help to develop the ideas of finitude and passivity in relation to the treatment and course of the disease. Thus, to be informed and feel welcome and supported in their grief are situations that can assist the patient in treatment, rehabilitation and social life.

Keywords: *Psychological Aspects, Radiotherapy, Uterine Cancer.*

1. INTRODUÇÃO

Câncer é denominação genérica para modificações em estruturas celulares que resultam, de modo geral, em formações tumorais. O órgão primário ou inicial em que se verifica a transformação, o tamanho e natureza do tumor e o grau de invasão deste para outros órgãos constituem-se em critérios sobre a gravidade e prognóstico da cada caso. A partir desses critérios se definem condutas e tratamentos que, a cada dia, mostram que câncer e morte não são sinônimos, por exemplo, a radioterapia, um dos focos do presente estudo.

O diagnóstico de câncer de colo de útero tem, geralmente, um efeito devastador na vida da mulher que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem; portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença e pelo tratamento é imprescindível na assistência ao paciente oncológico, ainda mais com o conceito de saúde cada vez mais ligado à ideia de bem-estar biopsicossocial.

As emoções e atitudes negativas de enfrentamento da doença podem ser muito prejudiciais ao tratamento, pois o cérebro registra as emoções positivas e aumenta a capacidade imunológica do combate ao câncer, por

isso, o paciente tem papel fundamental no processo de cura. Os pacientes que têm dificuldade em se adaptar ao tratamento representam um claro desafio para a equipe clínica, já que esta mesma equipe necessita responder a várias demandas psicológicas e sociais ocasionadas pelo diagnóstico e pelo tratamento.

Uma das formas de tratamento do câncer é a radioterapia que o Ministério da Saúde define como um método capaz de destruir células tumorais empregando feixe de radiações ionizantes, na qual uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas (Brasil, 2006). Tal método é considerado um dos mais invasivos e com bastantes efeitos colaterais ao paciente, causando inúmeros desconfortos psicológicos e alterações na vida pessoal e social de quem o recebe.

O presente estudo abordou os efeitos psicológicos envolvidos no tratamento, especificamente em relação à prática da radioterapia e ao câncer de colo de útero que podem desencadear alterações consideráveis e desafiadoras ao bem-estar físico e emocional do paciente, compreendendo desde a alimentação, higiene, esterilidade, sono, repouso e eliminações fisiológicas até a rotina de trabalho e familiar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa teve caráter exploratório que, Piovesan e Temporini (1995) afirmam ser aquela que se objetiva conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere, pressupondo que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social em que se apresenta. Com enfoque qualitativo, que não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado; tendo como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade (Minayo, 1999). Os pesquisadores procuraram aprofundar-se na compreensão dos fenômenos estudados, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada.

Foram convidados a participar do estudo 8 pacientes com faixa etária variando de 20 a 40 anos de idade e que estavam em tratamento radio-terápico contra câncer do colo de útero há, pelo menos, 2 meses. A coleta dos dados foi realizada com visitas domiciliares onde foram aplicadas as entrevistas abertas gravadas (posteriormente à transcrição das entrevistas, a gravação foi descartada para preservar o participante), portanto, as participantes não estavam em situação de internação em clínicas ou hospitais de referência contra o câncer; assim, um paciente inicial recebeu a visita previamente agendada da pesquisadora e essa paciente indicou outras participantes que contribuíram para o estudo, caracterizando, assim, o método Bola de Neve.

As entrevistas abertas caracterizam-se pela introdução do tema pelo entrevistador e o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o tema sugerido. As perguntas são respondidas dentro de uma conversação informal e a interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, assumindo postura de ouvinte (Boni; Quaresma, 2005). O processo de análise dos dados foi a Análise de Conteúdo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou de 29 a 40 anos, o tempo de descoberta da doença entre as participantes foi de quatro meses a um ano; e o tempo de tratamento radioterápico variou de dois meses a quase um ano com reincididas. Para preservar a identidade das mesmas, serão usados nomes de deusas mitológicas para se referir às pacientes.

A partir da análise dos dados, foram divididos os conteúdos explanados pelas participantes em quatro categorias, de acordo com os conteúdos que repetidas vezes foram expostos pelas participantes, considerando-os, assim, relevantes e pertinentes para a realidade na qual estão inseridas; a saber: “E agora?” (com duas subcategorias: “De mãos atadas” e “Finitude: a doença como o centro”), “Esclarecimentos: a importância em estar bem informado”, “Estratégias de Enfrentamento” (com três subcategorias: “Rede

Social e Espiritualidade como apoio”, “A negação e desespero influenciando no tratamento” e “Buscando explicações lógicas para o câncer”) e “Sofrimento Visível e Invisível”.

3.1 E Agora?

Nesta categoria serão abordados os sentimentos e pensamentos das participantes em relação à sensação de impotência diante da doença e do tratamento, levando a idéia de morte próxima e certa. Foi subdivida em duas subcategorias, expostas a seguir.

3.1.1 De mãos atadas

Eu fiquei um tanto preocupada, sem saber o que fazer ao certo porque eu nunca tinha passado por alguma coisa parecida (...). Com a sensação de que minhas mãos e pés estavam amarrados e eu não sabia como desamarrar... (Minerva)

O discurso de Minerva deixa clara a idéia de impotência perante o tratamento e o curso da doença. Em outros tantos discursos, a sensação de “não ter outra opção” a não ser o tratamento é expressa e tal noção, muitas vezes, veio acompanhada de sensação de finitude, do medo de morte, como Atena afirma:

O início das sessões foi complicado, eu chorava pra não fazer... mas ai eu pensava “e eu vou morrer?”, então eu ia... Tinha que ir, né?. (Atena)

Gianini (2007), fala sobre o tema ao focar que o indivíduo com câncer passa por um processo de crise vital significativa que exige redefinições, formas de enfrentamento, mudanças de funcionamento e períodos de adaptação, além disso, o paciente passa por um sentimento de impotência e inferioridade, podendo assim desencadear conflitos emocionais associados a crenças e padrões de comportamento que pode inibir a participação ativa no tratamento.

Muitas vezes, o câncer traz a idéia do fim de todas as possibilidades enquanto ser humano. Além da sensação de impotência, o paciente pode passar por momentos em que se percebe sendo “obrigado” a fazer algo que não gosta e que não quer fazer, mas que considera de extrema importância para a sua recuperação, não restando, assim, alternativa senão aderir à terapia.

(...) é péssimo, ninguém gosta de fazer uma coisa que não quer fazer, o problema é que eu não tenho escolha, ficar de braços cruzados “esperando a banda passar” é que não dá pra ficar. (sic Vênus)

Kübler-Ross (1987) considera o pensamento de Vênus como uma aceitação parcial ao tratamento que pode aparecer logo após a negação do diagnóstico, caracterizando-se como uma defesa temporária em relação à terapia.

3.1.2 Finitude: a doença como o centro

Na análise das entrevistas pôde-se perceber a visão de finitude em relação à doença, de sentir que a vida acabou e que não há possibilidade de retornar à situação de restauração da saúde ou que essa possibilidade é algo que causa tormento; demonstrando sentimentos de desesperança e angústia. Exemplo dessa ideia vê-se no discurso de Isis:

O diagnóstico “caiu como uma bomba” na minha vida e “tenho a impressão que morro um pouco a cada instante...”. (Isis)

Venâncio (2004) diz que, apesar dos avanços das ciências da saúde no tratamento do câncer, o mesmo ainda equivale, muitas vezes, a uma “sentença de morte”, comumente associado à dor, sofrimento e degradação. Outras afirmações a respeito da finitude podem ser vistas em Atena quando diz:

“(...) o tempo todo eu só pensava que ia morrer e pronto” e Afrodite: “A gente acha... acha não, a gente tem certeza que acabou, que a gente vai morrer e que não tem cura (...), você não vive, você sobrevive”. (Afrodite)

Tal pensamento pode ser corroborado por Venâncio (2004), que afirma que o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro.

Segundo Bromberg (1998), é importante dar atenção especial à consciência que o paciente tem sobre o prognóstico, e dessa forma, a tentativa que faz para dar um sentido ao que lhe resta de vida. A ansiedade diante da morte pode ser uma revivência de ansiedades anteriores, como colocado por Cibele na citação acima, relacionada a perdas e quebras de vínculos, e não pode ser subestimada, já que leva o paciente a encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando, assim, o desenvolvimento de recursos de enfrentamento.

Pacientes que tiveram experiências de vida que deixaram traumas, ansiedade e medo quando são submetidos a esse tipo de situação que exige restrição e isolamento, podem reviver os sentimentos já vivenciados no decorrer da vida. Isso fica bem claro com o depoimento de Deméter que teve quatro pessoas na família como pacientes oncológicas, sendo que duas delas chegaram a óbito:

Eu vi o sofrimento delas, como elas ficavam, a dor que sentiam, o mal-estar, o sair da minha mãe na ponta dos pés para o banheiro se contorcendo de dor e disfarçando para ninguém ouvir e não preocupar a gente. Aquilo me doía tanto, mas eu fingia que não via; achava que, se eu mostrasse que estava vendo, ela ia se sentir pior. Então, eu ficava quietinha ouvindo o choro, o gemido dela; isso fica na minha cabeça o tempo inteiro, parecem flashes do que eu passaria um dia... (Deméter)

Para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa idéia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento. Quem enfrenta o período de adoecimento, (principalmente numa enfermidade carregada de rótulos culturalmente estabelecidos) precisa ter suas necessidades especiais identificadas, para que possa ter a qualidade de vida preservada nesta fase da vida.

Voltando o pensamento para a intervenção do psicólogo e das redes sociais e diante da sensação de que a morte estaria próxima, expressa pelas participantes, Dousset (1999) coloca que acompanhar o doente é acompanhar uma pessoa viva. Não é porque a morte se aproxima que não existem mais assuntos de conversa, que não se deve mais lhe falar de vida ou ouvi-lo falar sobre ela. Mas é verdade que as relações mudam. Desde o momento do anúncio da doença, a família e o doente começam a pensar na morte que está por vir e a viver a angústia de separação. Começam a sofrer com a perda iminente, ao mesmo tempo em que integram tal noção.

3.2 Esclarecimentos: A Importância em Estar Bem Informado

Quanto mais informado o paciente estiver de sua doença e tudo que a permeia (tratamento, efeitos colaterais, somatizações), maior será a sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipe. Pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento. Dessa forma, o psicólogo (e todos os outros profissionais) deve preocupar-se em falar numa linguagem acessível ao paciente e sempre checar se as informações e orientações dadas foram efetivamente compreendidas (Venâncio, 2004).

A falta de informação a respeito da doença e dos tratamentos foi um dos pontos mais referidos durante a pesquisa, as pacientes relataram a preocupação com o tratamento que não era esclarecido, que não era conhecido por elas, ressaltando a carência de explanação de forma satisfatória pela equipe de saúde como um todo, influenciando na aceitação ao tratamento e no reconhecimento dos efeitos colaterais como inerentes a ele, como Cibele afirma:

não sabia em que consistia a radioterapia e isso, inclusive me fez ficar mais nervosa em relação ao tratamento (...), fiquei com o “pé atrás” (...), seria melhor se tivessem explicado como seria tudo desde o começo. (Cibele)

Spence e Johnston (2003) afirmam que o impacto psicológico é previsto a partir da intensidade da doença percebida. A maneira como as informações são transmitidas à paciente em toda a trajetória da doença (desde o surgimento dos sintomas, diagnóstico, estágio inicial, recorrência,

adaptação em longo prazo ou morte) é de suma importância e os profissionais precisam fazer uma ponte entre a comunicação de más notícias, esclarecimentos e o futuro sofrimento psicológico. Essa ponte pode ser estabelecida a partir da condução responsável das notícias a angústia alheia, elucidando as dúvidas e os pré-conceitos em relação ao câncer, tendendo a minimizar o sofrimento psicológico. O manejo responsável das informações fornecidas e esclarecidas aos pacientes pode facilitar não apenas a adesão ao tratamento, mas o processo como um todo, de adesão à cura.

Algumas vezes, mesmo quando a informação não é dada de forma instrutiva e satisfatória ao paciente, mas o mesmo se sente acolhido pela equipe de forma empática, congruente e recebe a atenção necessária, tal fato chega a aliviar a falta de esclarecimento, como afirmou Ceres:

Eu custei muito a acreditar na eficiência do tratamento até que eu procurei ajuda especializada (...). Eu tive muito tempo de desesperança, mas agora eu começo a acreditar mais, porque junto com o tratamento dos médicos, enfermeiros, psicólogos e todo mundo que me ajuda, vai ficando mais fácil aceitar... (Ceres)

Ceres reflete a importância do acompanhamento e da compreensão do sofrimento de cada paciente em sua singularidade, fator necessário à atividade de cada profissional comprometido com o restabelecimento da saúde e da qualidade de vida do pacientes.

3.3 Estratégias de Enfrentamento

Enfrentamento é um processo mobilizador de recursos e estratégias individuais para se lidar com situações de estresse, visando preservar a integridade corporal, física e psíquica, recuperar prejuízos funcionais e/ou compensar algum dano irreversível (RAMOS, 2008). Esta categoria faz referência às várias formas de enfrentamento estabelecidas pelas participantes, ela foi subdividida em “Rede Social como apoio e a Espiritualidade”, “A negação e desespero influenciando no tratamento”, “Buscando explicações lógicas para o câncer”.

3.3.1 Rede social e espiritualidade como apoio

Durante as etapas do processo oncológico é muito importante que a paciente tenha um suporte por parte de seus familiares e amigos (suporte emocional). O envolvimento da família e dos amigos precede o diagnóstico, eles estão presentes quando se sente e avalia um sintoma, quando se sugere uma consulta a um profissional da saúde. A maneira pela qual o indivíduo e as redes sociais (nela se englobando família e amigos) agem na fase pré-diagnóstica pode ser muito reveladora, pois sugere padrões que persistirão ao longo da doença e os mecanismos de defesa que serão utilizados (Barros, 2005; Kóvacs, 2008)

Eu acho que se eu não tivesse a família que eu tenho, eu estaria bem pior, pelo menos isso eu tenho que admitir, porque todo mundo conversa, apóia, leva, trás, fica comigo, resolve minhas coisas, faz de tudo pra que não seja preciso mexer comigo (...), isso é bom, muito bom mesmo, porque eu tenho muita coisa pra resolver, muita coisa para fazer e tendo alguém para me ajudar, para ficar ao meu lado quando eu to precisando mais... está sendo menos difícil. (Atena)

A fala de Atena deixa nítida a noção de apoio e de companhia como necessária para o bom andamento do processo de minimização de sofrimento psicológico; porém a idéia de acompanhamento não apenas foi expressa como um efeito confortável e cômodo, Minerva coloca como uma falta de controle das situações, passando do papel de cuidador para o de cuidada e demonstrando desconforto com esse estado.

(...) você deixa de ter o controle das coisas, de cuidar das pessoas, da sua casa... os outros vão cuidando de você, vão cuidando para você... Isso me deixa muito incomodada, tem coisas que eu quero resolver sozinha, minhas pendências, meu trabalho, minhas responsabilidades com meus filhos, com minha casa (...). É muito delicado, só passando pra conseguir entender a dimensão. (Minerva)

Na perspectiva do que foi colocado por Minerva, Gianini (2007) afirma que essa condição de desconforto é particularmente percebida em mulheres, pois nelas se verifica a preocupação com a impossibilidade de

reassumir os cuidados com a família e com a casa, e não exercer mais o seu papel em família; elas demonstram uma esperança de voltar à normalidade e esse é um importante facilitador no enfrentamento da doença, resgatando o papel que exerce na vida diária da família e em relação às pessoas em seu convívio.

Além do suporte das redes sociais, as participantes alegaram se apoiar na fé e espiritualidade também como forma de enfrentamento ao câncer, como um suporte para as horas consideradas mais difíceis e conflitantes, desde o diagnóstico ao andamento do tratamento em si. Fleck et al (2003) considera a religiosidade e a espiritualidade como importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas.

A espiritualidade é definida como característica individual que pode incluir a crença em um Deus, como relata Sullivan (1993), representando uma ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas. Assim, a espiritualidade envolve questões sobre o significado e o propósito da vida, encontrando-se além da religião e da religiosidade, como colocado por Afrodite:

Deus está comigo o tempo todo e eu tenho, sim, esperança de que tudo vai dar certo comigo e com as pessoas que Ele ama... as coisas acontecem por um motivo e, se ele me deixou passar por isso, tem um porquê... (Afrodite)

Muitos estudos têm indicado uma associação positiva entre envolvimento religioso e espiritualidade e um melhor enfrentamento e maior adaptação a doenças sérias (como o câncer), trazendo menores sintomas depressivos o que favorece a adesão ao tratamento, aumenta a qualidade de vida e resultam em um comportamento saudável, sentimento de eficiência e menor índice de stress (Kóvacs, 2008). Na maioria das vezes, o enfrentamento relacionado à espiritualidade é considerado positivo, onde o paciente se vê “parceiro de Deus”, podendo contribuir para formulações de orientações sensatas e avaliações vitais; apresentando potencial para exercer uma função mental de busca de sentido para viver, sendo, assim, preventiva quanto a transtornos mentais.

3.3.2 A negação e desespero influenciando o tratamento

A negação é a primeira fase dos estágios emocionais descritos por Kübler-Ross (1987), nele a pessoa pode agir como se a doença não existisse, ate chegar a um grau de elaboração da problemática. Inicialmente, ela pode ser encarada como uma defesa temporária, podendo ser substituída por uma aceitação parcial.

Pôde-se perceber que o fato de se negar a aceitar o diagnóstico oncológico tem forte influência no tratamento como um todo e na melhoria da qualidade de vida das pacientes; a forma como a noticia é dada ao paciente e os suportes dispensados pelos familiares e amigos exercem força significativa para diminuir a fase de negação fazendo com que os pacientes se sintam acolhidos em sua demanda; como Isis relata:

Eu não queria falar disso com ninguém... não queria nem saber... Agora já estou mais calma (...). O que me fez ficar mais calma foi ver que eu não estava sozinha, só isso. (Isis)

Freqüentemente, negar ou reprimir os sentimentos intensifica e prolonga o processo de luto, conforme afirma Carvalho (2007). A maioria das pessoas acha que conversar sobre seus sentimentos ajuda-os a lidar e aceitar a perda. O importante é não construir muros a seu redor e não distanciar os outros por medo de magoá-los.

Após a negação, geralmente, as pacientes sentem um desespero, uma irritação com o seu próprio estado, por estar com uma doença grave como o câncer. Cibele, em relação a isso, afirma:

Até o início do tratamento eu passei por um período de adaptação. Entrei em pânico e isso me fez ficar mais nervosa, mais preocupada. Quero ficar presa, quero ficar em casa... (Cibele)

Kübler-Ross (1964, apud Macedo, 2004) diante da realidade das fases do luto vivenciado por essas pacientes oncológicas coloca que há que promover a tolerância diante das reações de raiva dos doentes. Tem que se aprender a escutar o doente e aceitar os seus acessos de raiva, percebendo que se encontra a expressar sentimentos de alívio.

3.3.3 *Buscando explicações lógicas para o câncer*

Diversas vezes, nos discursos das participantes da pesquisa, foi observado que as mesmas após negarem o diagnóstico, se desesperaram com o mesmo e começaram a passar por uma fase de aceitação que vinha carregada de explicações consideradas por ela como justificativas pelo momento pelo qual passavam, às vezes servindo de consolo na vida delas.

Às vezes, eu acho que a vida quer fazer você provar que pode... Que é forte e vai conseguir passar por cima das coisas com a cabeça levantada. Eu prefiro encarar assim... Como se eu precisasse provar pra mim mesma e pra vida que eu sou, sim, forte. (Minerva)

Esse momento é considerado como um dos últimos pelo qual um paciente oncológico passa, é como se “abaixasse as armas”, uma espécie de rendição, como afirma Macedo (2004). E Kóvacs (2008) completa que é como se o paciente compreendesse o caráter grave (e muitas vezes, crônico) da doença.

Eu entendi que é pro meu bem (o tratamento), isso vai curar o câncer e isso pode salvar a minha vida, então é como se fosse um custo-benefício; você está tendo toda uma espécie de custo e o benefício é a cura da doença. (Cibele)

É como se, com o tempo, as pacientes comessem a compreender a doença de forma a tentar, com calma e sensatez, um entendimento da situação encarada. Dessa forma, assim como nos outros momentos experienciados pelas pacientes com câncer, o apoio profissional e da rede social é indispensável, se mostrando atentos para as possíveis mensagens subliminares existentes em toda a explicação “lógica” expressa.

É necessário atentar que o processo saúde-doença é muito mais complexo do que se imagina, requer humildade e depende de vários fatores que, muitas vezes, não são governados por escolhas pessoais, sendo cabíveis de compreensão, empatia e aceitação por todos que fazem parte do ciclo de vida do paciente.

3.4 Sofrimento Visível e Invisível

A radioterapia inclui reações adversas e colaterais que causam desconforto aos pacientes e podem influenciar significativamente na rotina de quem a pratica.

Nessa categoria serão abordados dois tipos de sofrimentos experienciados pelas pacientes, denominados aqui como “Sofrimento Invisível”, abordando o fato de a radioterapia ser uma forma de tratamento onde não há dor imediata e é uma terapia palpável e visível, por se tratar de radiação ionizante, o que pode causar descrença em relação aos efeitos reais do que se está tratando. E “Sofrimento Visível”, focando os efeitos colaterais da terapia influenciando no seguimento das atividades diárias das pacientes, podendo debilitá-las e torná-las mais dependentes de cuidados de outras pessoas.

Os raios-x, método de radiação ionizante utilizados na radioterapia, são um tipo de energia para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem, e essas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada (Brasil, 2007).

A radioterapia foi colocada pelas pacientes, como já citado no tópico 4.2, como um meio de tratamento oncológico pouco conhecido, divulgado e/ou explicado pela equipe de saúde e comunidade como um todo. Além do aspecto informativo, as participantes colocaram uma descrença inicial em relação ao método por se tratar de uma forma terapêutica indolor e invisível.

No começo, eu custei muito a acreditar no tratamento, eu tive que procurar ajuda especializada, porque você ser tratada por algo que você não vê é muito mais complicado... (Ceres)

Afrodite também afirma:

É um pouco estranho. Você sente nada, então fica imaginando se aquilo ali funciona mesmo (...). Eu fico pensando “vai funcionar”. (Afrodite)

Ao mesmo tempo em que são colocadas situações de certa desconfiança relacionada à eficiência da terapia, sensações orgânicas visíveis são apontadas como fatores estressantes e determinantes para mudanças cotidianas nas pacientes.

A mulher acometida pelo câncer de colo uterino e submetida ao tratamento radioterápico necessita, pela própria ação da radiação nos tecidos, de um intervalo entre as aplicações, de modo que os tecidos saudáveis adjacentes tenham possibilidade de recuperação. Entretanto, mesmo com reparação tecidual, alguns efeitos colaterais no organismo podem ser observados, o que acontece conforme os parâmetros de técnica e dosagem de radiação, conforme afirma Almeida (2008), ratificando o que foi exposto por Afrodite:

Após as sessões, eu me sinto mal... enjôos, diarreias, sem conseguir comer direito, eu chego a vomitar, não consigo urinar direito... (Afrodite)

Em todos os momentos de aspectos somáticos (pré, pós ou durante a radioterapia), é necessário o acompanhamento familiar e o esclarecimento da equipe de radiologia prevendo que outras pessoas ao redor do paciente sofram por não saberem como agir diante os momentos de reações colaterais. A Psicologia (e as outras ciências da saúde, com o passar do tempo) considera o indivíduo em suas partes e totalidade, como um ser que possui sentimentos e emoções, e de vida individual e coletiva; assim, é indispensável o apoio e a compreensão de todos os que compõem a rede social do paciente com a finalidade de cooperar para a sua recuperação e reabilitação pessoal e grupal, na abrangência do sofrimento psíquico seja ele manifesto ou latente.

4. CONCLUSÃO

Experienciar uma doença grave, como o câncer, pode ser um processo carregado de sentimentos de desesperança e angústia. Embora o processo de adoecimento, assim como o luto e a morte, seja considerado como processo normal ao ciclo da vida do ser humano, nem sempre eles são aceitos de modo a não causar sofrimento psíquico e somático a quem o vivencia.

Assim, inferem-se, com a pesquisa, a necessidade de compreender empaticamente os processos pelos quais a pessoa acometida pelo câncer perpassa, de modo que os familiares e pessoas no círculo de contato (rede

social como um todo) possam auxiliar com informação, esclarecimentos, apoio e aconchego as necessidades individuais, focando na subjetividade do paciente.

Considerar o doente como uma pessoa viva, dotada de sentimentos e força para viver é o passo inicial para o bom andamento da terapia, percebê-lo como um ser de possibilidades é de extrema importância para que o processo de recuperação da qualidade de vida seja encarado de forma ativa pelo paciente; evitando a passividade e a sensação de incapacidade emocional.

É inegável que o tratamento como um todo influencie significativamente no cotidiano do paciente, debilitando-o e causando, além de efeitos somáticos, os psicológicos, como alterações de humor, postura passiva, negação da realidade, desesperança, apego a divindades. E são nesses momentos que os pacientes se sentem mais desprotegidos e ansiosos por auxílio externo, seja ele pela equipe de saúde, familiares e amigos.

No intuito de uma atuação profissional fundamentada no respeito às individualidades e a aceitação incondicional ao paciente, a psicologia deve abordá-lo como um ser capaz de reabilitação e afirmar a necessidade do diálogo e da informação como indispensáveis para ocasionar calma e esperança ao doente, que, neste momento de ansiedade e incertezas, carece de apoio, empatia, compreensão e entendimento em suas diversas demandas; pois, como a literatura afirmou, o processo de comunicação inicial é uma espécie de espelho que reflete a forma como o paciente encarará o processo de adoecimento.

Assim, a comunicação liga-se diretamente à idéia de promoção de saúde e qualidade de vida. Mas também pode se ligar a idéia de finitude, a passividade e a fuga da realidade do paciente para uma realidade fundamentada em suas próprias necessidades, tendendo a justificar a doença a fim de minimizar os efeitos psicológicos a ela associados.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. H. R.B. et al. (2008). Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.61. n.4. Brasília.
- Barros, A. C. S. S. et al. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 51. n. 2. São Paulo.
- Boni, V.; Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. v.2. n. 1.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. INCA. *Coordenação de Prevenção e Vigilância*. Brasil.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). *Instituto Nacional do Câncer– Orientações aos Pacientes sobre Radioterapia*. n. 087. Brasil.
- Bromberg, M. H. P. F. (1998). *Ser paciente terminal: a despedida anunciada*. 2. Ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Carvalho, C. D .R. (2006). *Luto e Religiosidade*. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Superior da Maia. Portugal.
- Dousset, M. P. (1999). *Vivendo durante o câncer*. Bauru, Edusc.
- Fleck, M. P. A. et al. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL: Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. *Revista de Saúde Pública*. v.37.
- Gianini, M. M. S. (2007). *Câncer e gênero: enfrentamento da doença*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Dissertação de Mestrado. Disponível em: www.psicologia.com.pt - portal dos psicólogos.
- Kovacs, M. J. (2008). *Temas em Psico-oncologia*. Grupo Editorial Summus,
- Kubler-Ross, E. (1987). *Sobre a morte e o morrer*. Trad. Paulo Menezes. 3. ed. Martins Fontes. São Paulo.
- Macedo, J. C. G. M. (2004). *Elisabeth Kubler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. Portugal.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo, editora Hucitec.

- Piovesan, A. e Temporini, E.R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. v.29. n.4.
- Ramos, F. N. N. et al. (2008). *Psicoterapia Breve de Paciente Oncológico*. Rede Psi – Trabalho de Conclusão de Curso.
- Spence, R. A. J. e Johnston, P. G. (2003). *Oncologia*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
- Sullivan, W. P. (1993). Its help me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16.
- Venancio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.50. n. 1.