

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Aline Assink¹
Claudia Waltrick Machado Barbosa²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo pesquisar a evolução da saúde psicológica de pacientes em tratamento quimioterápico, bem como o impacto causado em seus familiares desde o diagnóstico, até o fim do tratamento, além de demonstrar como o acompanhamento psicológico pode facilitar a adesão do paciente ao tratamento. A importância de gerar uma discussão acerca da implantação desta ferramenta de auxílio ao paciente. Esta questão vem para reforçar a hipótese que o paciente quando diagnosticado com câncer sofre um abalo emocional muitas vezes inesperado, atingindo sua vida de uma forma radical, muitas vezes impedindo-o de realizar tarefas simples do dia a dia, modificando não somente a sua rotina, mas de todos que o rodeiam. Tendo convicção da importância do acompanhamento psicológico para os pacientes e familiares, buscou-se discutir a criação de um projeto que garanta a assistência psicológica para todos os pacientes em tratamento quimioterápico. Para esclarecermos as questões impostas, seguiremos a metodologia de pesquisa qualitativa, tendo como ferramenta auxiliar aplicação de questionário.

Palavras-chave: Tratamento quimioterápico, Paciente, Auxílio psicológico.

EMOTIONAL EXPERIENCES DURING TREATMENT CHEMOTHERAPY

ABSTRACT

This study aims to investigate the evolution of psychological health of patients undergoing chemotherapy, as well as the impact on their families from diagnosis until the end of treatment, as well as demonstrate how counseling can facilitate adherence to treatment. The importance of generating a discussion about the implementation of this support tool for patients. This question comes to reinforce the hypothesis that the patient when diagnosed with cancer suffers an emotional upheaval often unexpected, hitting his life in a radical way, often preventing him from performing simple everyday tasks, changing not only its routine but all around you. Having convinced of the importance of psychological support for patients and families, we attempted to discuss the creation of a project to ensure the psychological care for all patients undergoing chemotherapy. To clarify the issues imposed, we will follow the qualitative research methodology, with the auxiliary tool questionnaire

Keywords: Chemotherapy treatment, Patient, Psychological assistance

¹ Acadêmica da 9ª fase do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST.

² Psicóloga – Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST, especialista em Avaliação Psicológica e mestre em Ambiente e Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer pertence a um grupo de doenças cuja taxa de mortalidade vai depender do tipo e do desenvolvimento. Atualmente, 8,2 milhões de pessoas morrem por ano de câncer no mundo. No Brasil, foram registradas 189.454 mortes por câncer em 2013 (INCA). Para 2016, estima-se a ocorrência de mais de 596 mil casos da doença no país.

Segundo INCA, mais de 12 milhões de pessoas no mundo são diagnosticadas todo ano com câncer. Cerca de 8 milhões morrem. No Brasil, o INCA estima em 580 mil casos novos da doença para 2015. Se medidas efetivas não forem tomadas, haverá 26 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por ano no mundo em 2030, sendo que 2/3 das vítimas vivem nos países em desenvolvimento.

Com o diagnóstico positivo, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. Para tanto Venâncio (2004, p. 55) enfatiza:

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, aumentando assim sua ansiedade.

As conseqüências do câncer vão além dos problemas físicos, pelo seu alcance é uma doença que traz impactos sociais e econômicos expressivos, na maioria dos casos, é uma doença de tratamento agressivo e prognóstico nem sempre otimista. Isso justifica o aumento da mobilização científica e profissional no sentido de se procurar novas abordagens para o problema do câncer, aperfeiçoando, o tratamento, a prevenção, a organização dos serviços e a organização de entidades que lutam pelos direitos dos portadores da doença.

Com o desenvolvimento deste estudo foi possível esclarecer e demonstrar como o psicólogo pode contribuir com a sua prática na busca da qualidade de vida para o paciente, neste caso o tratamento quimioterápico, a qual beneficiará não apenas o paciente, mas toda a equipe que o acompanha, bem como seus amigos e familiares.

A partir da observação de pacientes com diagnóstico de câncer, constatou-se as dificuldades destes frente ao diagnóstico e tratamento, surge então, o interesse em estudar sobre o processo de encaminhamento e adesão ao tratamento. Neste sentido é necessário que o profissional de psicologia esteja atento às questões emocionais causados desde a descoberta do câncer até a última sessão de quimioterapia. É relevante salientar a necessidade que estes pacientes apresentam de acompanhamento psicológico, o psicólogo tem um papel importante

comprovado cientificamente de auxílio a adesão do tratamento, através do seu trabalho de suporte aos pacientes em tratamento quimioterápico, pois, uma maior adesão ao tratamento bem como o cumprimento do mesmo até a etapa final é o que possibilita o sucesso do tratamento.

Segundo Correia (2000 apud Porto, 2004), o câncer traz ao paciente reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no emocional, o que provoca sentimentos de desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica.

Neste âmbito, Deitos et al (1997, p 43) afirmam que:

Difícilmente existe outra patologia que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios quanto o câncer, devido ao possível choque ao receber o diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna.

Para aprofundar e esclarecer as questões em relação às interferências do profissional de psicologia na vida dos pacientes com câncer foi necessário buscar respostas na literatura existente, além de buscar relatos com pacientes que se encontram nesta condição, sejam eles acompanhados ou não por psicólogos. Este trabalho se tornara mais uma referência para a sociedade acadêmica, bem como para os profissionais psicólogos e toda a comunidade, de forma que os mesmos possam se certificar da importância do trabalho do psicólogo frente a este problema recorrente no ambiente hospitalar.

Conforme sinaliza Venâncio (2004 p.58), “o psicólogo da Psiconcologia visa, manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde”. No contexto de trabalho deste profissional cabe salientar que de são prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levar o paciente a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações desse processo. O foco das preocupações centra-se de forma mais enfática em uma vida mais satisfatória para os pacientes adoecidos (BARROS; CHWARTZMANN, 2001), ao passo que antigamente havia uma maior preocupação com relação às taxas de sobrevivência à doença (GIMENES, 2003).

Sendo assim, deve-se considerar a Psiconcologia, que se caracteriza como um campo interdisciplinar da saúde a qual estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Busca atuar sobre o processo de enfrentamento da doença e do tratamento, a saber, os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a

procedimentos médicos invasivos e dolorosos, as alterações de comportamento do paciente e os riscos de recidiva (GIMENES, 2003).

A presente pesquisa nos leva na busca dos resultados do acompanhamento psicológico dos pacientes em tratamento quimioterápico, bem como comparar progressão do tratamento dos pacientes acompanhados e não acompanhados pelos psicólogos. Decorre deste cenário, a necessidade de que não se deve tratar o paciente como uma simples doença, pois, dependendo do seu estado psicológico, ele pode acreditar ser constituído apenas por ela. Cabe à Psicologia, neste espaço auxiliá-lo no resgate das referências emocionais e pessoais, na sua cultura familiar, e também de sua família e, através da escuta atenta e acolhedora, ser coparticipante na reconstrução vital e simbólica das trajetórias de vida (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Tendo em vista a necessidade de introduzir ao paciente o apoio psicológico para questões como o enfrentamento da doença, à adesão ao tratamento, à minimização dos impactos emocionais devastadores a ele, formulou-se a seguinte pergunta que norteou esta pesquisa: Qual a dimensão do dano psicológico ao paciente acometido por câncer desde a sua descoberta até a sua última sessão de quimioterapia? Frente a este pressuposto este estudo tem como objetivo descrever as experiências emocionais vivenciadas pelos pacientes diagnosticados com câncer em tratamento quimioterápico, bem como, observar as variações psicológicas sofridas pelos pacientes por meio de seus relatos; apresentar os pontos favoráveis da presença do trabalho do psicólogo durante todo o tratamento quimioterápico, para garantir uma melhora na qualidade de vida para os pacientes adoentados e verificar se existe aceitação da doença e a partir dela adesão ao tratamento.

O câncer é uma doença de proporções graves, pois ameaça a vida, podendo afetar qualquer parte do organismo, atacando pessoas de todas as idades, ocorrendo quase com a mesma proporção para ambos os sexos; podendo ser definido como uma doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético das células, que induz o processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal das células no qual o controle sobre a proliferação e morte celular está alterado (YAMAGUCHI, 1999).

Atualmente os tratamentos visam obter a maior sobrevida com melhor qualidade de vida, em quase todos os casos a quimioterapia é empregada com o objetivo de maximizar as possibilidades de cura. Alguns medicamentos, no entanto, não atuam exclusivamente sobre as células cancerígenas, afetando outras células normais que estão se proliferando. Isso significa que ao mesmo tempo em que proporcionam a cura, por outro lado essas drogas se tornam tão ou até mais assustadoras para o paciente porque produzem efeitos colaterais desagradáveis (YAMAGUCHI, 1999).

O câncer é associado com a perda, dos prazeres, da liberdade e da independência, pois retira o paciente da sua rotina, impedindo o mesmo de realizar tarefas mais simples do dia. No entanto o trabalho da psicologia pode ser fundamental no sentido de contribuir o resgate da qualidade de vida do paciente e todos que o rodeiam. O Instituto Nacional do Câncer - INCA, declara que a quimioterapia é a utilização de compostos químicos (medicamentos) administrados continuamente ou com intervalos que variam com cada esquema de tratamento. Quando aplicada ao câncer, é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral (INCA, 2012).

Esta forma terapêutica é o tratamento de escolha para os pacientes diagnosticados com câncer, na qual o objetivo é a remissão do tumor maligno. Pode também ser utilizada em combinação com a radioterapia, a fim de potencializar seus efeitos antineoplásicos. Essas drogas interferem no crescimento e na divisão celular, destruindo assim as células tumorais, mas afetam também outras células saudáveis, com tecidos semelhantes. Para início da quimioterapia, são realizados exames para assegurar que o organismo do paciente se encontra em condições de superar os efeitos tóxicos, sendo repetidos periodicamente de acordo com as drogas utilizadas (ANJOS; ZAGO, 2006; BRASIL, 2008, 2010).

A quimioterapia na grande maioria dos casos é a melhor opção de tratamento, mesmo tendo efeitos colaterais agressivos, na comparação de custo benefício se torna a escolha, mais eficaz. As alterações psicológicas são praticamente inevitáveis, pois a mudança brusca na rotina do paciente é necessário após a adesão ao tratamento.

Araújo (2006, p.153), define o abalo vivido durante o tratamento quimioterápico como:

O sofrimento do paciente oncológico em tratamento vai além do físico, psicológico, social e espiritual. O sofrimento psicológico é caracterizado por sintomas de humor depressivo, tristeza e culpa. A doença em seu estado avançado implica no comprometimento da realização das atividades laborais e sociais, afetando o desempenho do seu papel social e psicológico. O paciente então se vê financeiramente dependente de terceiros (familiares e amigos). A privação da rede de suporte social pode ainda levar o indivíduo a perder suas referências, gerando dúvidas quanto a identidade, contribuindo para a sensação de abandono e exclusão social.

Segundo Bonassa (1996), os efeitos adversos são considerados uma das principais limitações do tratamento, podendo apresentar-se de forma mais severa ou mais amena. Dentre eles pode-se citar: mielossupressão, cicatrização deficiente de feridas, alopecia, lesão no epitélio gastrintestinal, esterilidade, teratogenicidade, náusea, vômito, diarreia entre outros. O tratamento quimioterápico pode causar danos de natureza psicossocial e problemas de autoimagem que são provenientes da alopecia, das disfunções sexuais, da ansiedade e o medo.

A Oncologia é, segundo Yamagushi (1994), é a ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento. O médico que cuida dos aspectos clínicos é chamado oncologista clínico. Além deste, outros profissionais envolvidos no tratamento são o cirurgião oncológico, o radioterapeuta e o psicólogo, que participam de uma equipe multidisciplinar.

A fundamentação da Psiconcologia, foi definida por Holland (1990, p.11) como:

Uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer.

A Psiconcologia em seu conceito deveria ter uma atuação multidisciplinar, mas na maioria das vezes isso não se torna realidade, atribuindo – se ao psicólogo a maior parte deste projeto. Esta realidade levou Gimenes (1994, p. 46) a formular uma definição que se oficializou também neste ano, com a fundação da Sociedade Brasileira de Psiconcologia:

A Psiconcologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo: 1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; 2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevida após o diagnóstico do câncer; 3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento.

A Psiconcologia começa a surgir como área sistematizada de conhecimento, a partir do momento em que a comunidade científica passa a reconhecer, que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediados por uma série de fatores cuja natureza extrapola condições apenas de natureza biomédica (CARVALHO, 2003).

A Psiconcologia se preocupa em apresentar e proporcionar ao paciente o prazer pela vida, trabalhando suas angústias, fortalecendo suas convicções de que o tratamento é eficiente e de que existem poderosas defesas em seu corpo, desmistificando crenças errôneas, elaborando conflitos existentes e, enfim, facilitando ao paciente a obtenção de uma clara percepção sobre si mesmo, com o objetivo de que passe a acreditar na possibilidade de resolver os problemas que forem surgindo e, assim, participar ativamente da busca de qualidade de vida (PAZOTTO, 2002).

Frente aos pressupostos acerca do psicólogo e o tratamento do câncer Gimenez (1997), pontua que o psicólogo que atua na área da psiconcologia tem como propósito manter

o bem-estar psicológico dos seus pacientes, analisando as reações emocionais que possam causar danos a sua saúde. É possível observar a relevância do trabalho do psicólogo, pois atua também, como forma de prevenção, ou seja, fazer o paciente encarar a descoberta e o tratamento de forma mais positiva sem culpa e sem ressentimento.

Neste âmbito Santos (1996) comenta que os objetivos do trabalho do psicólogo oncológico serão alcançados na medida em que esse profissional vai compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se passando naquele momento não escolhido da vida dele. Ainda para o autor, em ambiente acolhedor o psicólogo, deve escutar o paciente de forma calma e que lhe repasse confiança, deve esclarecer dúvidas de forma que o paciente fique bem informado sobre o problema que está enfrentando, para facilitar a sua reação, tendo assim um intuito maior para enfrentar essa adversidade. Por esses motivos é fundamental que o profissional se expresse de forma clara com uma linguagem simples de fácil entendimento.

O diagnóstico em si tem origem na palavra grega *diagnōstikós*, que significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Na forma como vem sendo utilizado, na atualidade, significa estudo aprofundado realizado com o objetivo de conhecer determinado fenômeno ou realidade, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos (ARAÚJO, 2007).

A avaliação psicológica é um procedimento clínico que também deve ser utilizada nesse contexto, envolve um referencial organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas. São estes: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica, como jogos, desenhos, o contar histórias, o brincar etc. A escolha das estratégias e dos instrumentos empregados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo (clínico, profissional, educacional, forense etc.) e a finalidade (diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção) (OCAMPO et al. 2005). Conforme afirma Venâncio (2004), o diagnóstico de câncer pode ser 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, aumentando assim sua ansiedade.

As famílias também passam por diversos estágios, coincidentes ou não com os vividos pelos pacientes. Por esse motivo, podem ocorrer problemas de comunicação,

isolamento social e confusão nos papéis familiares. Em cuidados paliativos, os cuidadores devem ser acolhidos, para que haja a possibilidade dos mesmos elaborarem sensações de impotência diante do sofrimento e da dor do outro (e de si próprios), além de suporte emocional por ocasião do falecimento de familiares. O atendimento psicológico pode ser realizado de várias maneiras, individual ou grupal, para o acolhimento das dificuldades emocionais, promovendo o alívio da angústia e o reforço das estratégias de enfrentamento e orientações para a busca de recursos e de apoio (KELLY, MCCLEMENT, & CHOCHINOV, 2006).

Carvalho (2003, p. 34) diz que o cuidar é um “elemento essencial dos fenômenos envolvidos nas relações que se estabelecem entre viver e morrer”, é um cuidar que se reveste de múltiplos aspectos. A definição apresentada por Boff (1999, p. 33) para o cuidar é:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro

Quando se envolve a família em todo o processo de descoberta e tratamento do câncer, se abre um leque de emoções das mais variadas possíveis, pois cada uma reage de uma forma diferente, conforme afirmam Carter e McGoldrick (1995).

Para quase uma totalidade dos pacientes, a família representa um apoio muito importante tanto para enfrentar o diagnóstico, o tratamento e reingresso à sociedade no pós trauma do tratamento. O paciente portador de doença crônica geralmente vivencia uma série de experiências emocionais. Conforme afirmam Santos e Sebastiani (2001), trata-se de manifestações psicológicas que o conduzem a condições emocionais primitivas e a uma necessidade de sentir-se amparado e protegido, principalmente pelas figuras que já ocuparam esse papel e que nesse momento são solicitadas novamente.

Assim, Santos e Sebastiani (2001) ressaltam que a família passa a ter um papel decisivo frente a essa nova fase de adaptação do paciente, prestando-lhe auxílio, contribuindo com o trabalho de equipe de saúde e, em alguns casos, chegando até mesmo a comprometê-lo. Mas nem sempre se pode esperar que a família tenha uma estrutura perfeita para absorver todas as demandas que as situações de doença e internação impuseram aos seus componentes, pois com esse processo de doença há também a instalação de uma crise no núcleo familiar.

A literatura nos reforça a importância de se ter uma atenção especial com a família em si e não apenas com o paciente, pois é através da família, que os mesmo reúnem forças para enfrentar o tratamento e suas dificuldades, bem como manter a vontade de se recuperar

e viver, de forma que possa recuperar todos os seus afazeres de forma digna e saudável. (SANTOS & SEBASTIANI, 2001; CARVALHO, 2003).

METODOLOGIA

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e a criatividade do investigador. A teoria e a metodologia caminham juntas, são articuladas, e enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos do processo de pesquisa. Torna-se importante neste sentido, trazer o que Mynaio (1994, p.17-18) entende sobre pesquisa. Para a autora:

Entendemos sobre pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Este artigo teve por objetivo estudar as reações vividas pelos pacientes em tratamento quimioterápico, bem como o papel do psicólogo para a adesão e sucesso do tratamento. Para tanto, foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, a qual examina uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser quantificada ou traduzida por números, sendo empregada na compreensão de fatos caracterizados por um alto grau de complexidade interna (MINAYO, 1994).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, ou seja, são compreendidas como aquelas capazes de reunir a questão do significado e da intencionalidade, como essenciais aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 1994).

Sendo um estudo qualitativo, delineou-se apoiado em uma investigação em profundidade do fenômeno em questão, buscando a compreensão dos elementos que constituem a partir dos sentidos construídos e atribuídos pelos sujeitos de pesquisa: profissionais e pacientes.

Para esta pesquisa foi utilizado pesquisa de campo, que de acordo com Gil, (2007), o estudo de campo procura muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como

consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa.

Na pesquisa de campo, estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, que neste caso foram, indivíduos que tiveram ou estão enfrentando o câncer e que passaram por sessões de quimioterapia, já que estes são considerados sujeitos envolvidos no processo de avaliação. Desta forma a pesquisa de campo tende a utilizar diferentes sujeitos no processo de investigação. Ainda de acordo com Gil (2007), na pesquisa de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo. Foram participantes desta pesquisa cinco sujeitos, com faixa etária entre 40 a 80 anos de idade, que tiveram ou estão enfrentando o câncer, e passando por sessões de quimioterapia. Não haverá restrição quanto ao gênero.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, com perguntas abertas, juntamente com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entrevista. De acordo com Martins (2003, p. 53) “A entrevista tida como um recurso da pesquisa qualitativa e vista como um encontro social, possuidor de características peculiares, dentre essas características estão a empatia, a intuição e a imaginação”. As entrevistas foram realizadas em uma sala cedida pelo hospital HTR (Hospital Tereza Ramos), na cidade de Lages – SC.

Para análise dos dados foi utilizado um processo de análise de conteúdo, que segundo Martins (2003 p.34) “A análise e o modo pelo qual os dados são relacionados fundamentam-se na comparação das respostas dos sujeitos participantes da pesquisa”. Segundo Rey (2002), a análise de conteúdo representa um momento analítico no processamento da informação, e nesse sentido se interpõem no curso fluido dos processos de construção teórica do pesquisador que acompanha e são parte da qualidade da informação produzida pela pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Identificação dos entrevistados

Entrevistados	Sexo	Idade
Entrevistado 1	Masculino	58 anos
Entrevistado 2	Feminino	64 anos
Entrevistado 3	Feminino	76 anos
Entrevistado 4	Masculino	58 anos
Entrevistado 5	Feminino	42 anos

QUESTÕES PROPOSTAS

Quanto a reação frente ao diagnóstico de câncer:

Entrevistado 1 - Desespero e crises de choro. **Entrevistado 2** - Não fiquei chocada, não me surpreendi, aceitei e reagi bem, nunca tive medo e continuo não tendo. Acredito que o câncer não vai me matar. **Entrevistado 3** - Muito bem, não deixei de comer, não tive depressão, só quero saber a verdade dos médicos, não quero saber pela boca dos outros depois. **Entrevistado 4** - Faz 12 anos já, mas minha reação não foi boa, fiquei chocada, nervoso. **Entrevistado 5** - Foi um choque nas duas primeiras semanas foram mais difíceis. Mas hoje não penso muito nisso.

Quanto a preocupação no momento em que recebeu a notícia:

Entrevistado 1 – A família, com os filhos pequenos e medo de não ver o crescimento deles. **Entrevistado 2** – A minha preocupação foi com meus filhos, e sofri vendo o sofrimento deles, mas não o meu. Meus filhos me evitavam para que eu não visse o sofrimento deles. **Entrevistado 3** – Meu Deus, minha filha, não sei se sou a única, mas não me preocupei com nada, só pensava que Deus iria me curar e eu iria ficar bem. **Entrevistado 4** – Minha maior preocupação foi deixar minha família, esposa, filhos e netos. **Entrevistado 5** – Com meu filho, sou mãe solteira e na mesma época que descobri meu câncer, descobri que meu filho estava se envolvendo com drogas. Então essa foi minha maior preocupação.

Quanto a fase mais difícil do tratamento quimioterápico:

Entrevistado 1 – As primeiras sessões de quimioterapia foram mais difíceis, porque tinha medo das reações que poderiam causar. **Entrevistado 2** – Para mim a fase mais difícil foi a adaptação da bolsa de colostomia, estou sofrendo muito para me adaptar com essa bolsa. **Entrevistado 3** – Nada. Na primeira quimioterapia fiquei um pouco cabreira, mas minha fé é muito grande. **Entrevistado 4** – Dificuldade para engolir, no mais não sentia nada. **Entrevistado 5** – Não tive fase difícil. Graças a Deus o tratamento quimioterápico nunca me atrapalhou em nada.

Quanto aos efeitos colaterais durante a quimioterapia e aos danos no convívio social:

Entrevistado 1 – Sim, tive sudorese e isso me influenciou a não sair de casa. **Entrevistado 2** – Não tive efeitos colaterais da quimioterapia, mas não gosto de sair por causa da bolsa, pois as vezes ela vaza e sai muitos gases. **Entrevistado 3** – Não tive efeitos colaterais, vocês podem achar que eu estou louca, mais graças a Deus nunca tive nada e as vezes quando alguém vinha me falar alguma coisa que eu não gostava não dava ouvidos, mas foram poucas pessoas assim. **Entrevistado 4** – Tive enjoos, fraqueza, mal-estar. Sim causaram, eu deixava de sair, ficava nervoso e ansioso. **Entrevistado 5** – Não tive efeitos colaterais, mas meu convívio social mudou um pouco, porque percebo que as pessoas, algumas sentem muito preconceito, que me evitam, parece que pensam que é uma doença contagiosa.

Quanto a forma de avaliar seu estado emocional durante o período de tratamento e quais os sentimentos mais frequentes:

Entrevistado 1 – O estado emocional é difícil, tenho que controlar muito, mas tem dias que é mais complicado para controlar as emoções. O sentimento mais frequente é o medo da morte. **Entrevistado 2** – Nunca tive problemas com meu emocional, ao invés de pensar por que eu? Eu penso e por que não eu? Morrer todos vamos e não é só câncer que mata. **Entrevistado 3** – Meu estado emocional está muito bom. Sentia mágoa de um golpe que me deram, roubaram todos os móveis da minha casa que eu tinha alugado. Isso gera mágoa até hoje. **Entrevistado 4** – Me senti irritado, nervoso e com vontade de chorar. **Entrevistado 5** – Meu estado emocional é tranquilo, sempre paro e penso que tem gente com problemas piores que o meu e isso me dá força.

Quanto à forma que se utiliza para expressar as emoções:

Entrevistado 1 – Mais com a esposa eu desabafo, com os outros eu não gosto. Pois acredito que estaria passando a minha insegurança e o meu medo a eles e isso eu não quero. **Entrevistado 2** – Não guardo nada para mim, se tenho vontade de chorar, choro, quando tenho vontade de cantar eu canto, sempre mostro o que estou sentindo. **Entrevistado 3** – Eu expresso, como agora que estou contando para você dessa mágoa e estou chorando. Mas por isso eu procuro não falar nesse assunto. **Entrevistado 4** – Só consigo chorar e expressar meus sentimentos na frente da minha esposa. Mais de meus filhos eu escondo meu sofrimento, porque não quero incomodar eles. **Entrevistado 5** – Sim eu demonstro, quando tenho vontade de chorar eu choro, quando tenho vontade de cantar eu canto. Não me sinto retraída com nada.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Centage Learning, 2010.

ANJOS, A. C. Y. ZAGO, M. M. F. **A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 33 – 40. 2006.

ARAÚJO, M. M. T. **“Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”**: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006. 153 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2006.

ARAUJO, Maria de Fatima. **Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica**. 2007.

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BACELAR B. M. & BRANDÃO, L. **Psiconcologia**. 2005.

BARROS, Maria Cristina M. de; CHWARTZMANN, Flávia; VEIT Maria Teresa. **Serviços de Psiconcologia em hospitais**. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Psiconcologia no Brasil: Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BONASSA, Ema. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu; 1996.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle**. Coordenação-geral de sistemas de informação. Oncologia: Manual de bases técnicas. 11. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. e cols. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p. 7-29.

CARVALHO V. **Aspectos psicológicos ligados ao paciente com câncer e a relação médico-paciente**. In: Coelho FR. Curso básico de oncologia. São Paulo: Medsi; 1996. p.165-76.

CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

DEITOS TFH, Gasparly JFP: **Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares.** Rev Bras. Cancerologia, 1997, 43(2): 117-125.

FERREIRA, PE. **Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente oncológico.** Cad. IPUB 1997; 6:143-54.

Gimenez MG. **A mulher e o câncer.** São Paulo: Editorial Psy; 1997. p. 325.

GIMENES, Maria da Glória Gonçalves. **Definição, foco e intervenção.** In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) **Introdução à Psiconcologia.** São Paulo: Livro pleno, 2003.

GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2007.

ISMAEL, José Carlos. **O Médico e o Paciente: breve história de uma relação delicada.** São Paulo: MG Editores, 2002.

JUNIOR, Áderson L. Costa. **O Desenvolvimento da Psiconcologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde.** *Psicologia Ciência e Profissão.* v.21 n.2 Brasília jun. 2001.

KELLY, B., MCCLEMENT, S., & CHOCHINOV, H. M (2006). **Measurement of psychological distress in palliative care.** *Palliative Medicine*, 2008 779-789.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998,

LORENCETTI, A. & SIMONETTI, J. P. (2005). **As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia.** *Revista latino – americana de enfermagem*, 13(6), 944-250.

MCMANUS. D.T. **Patologia do Câncer.** In: SPENCE, Roy A. J; JOHNSTON, Patrick G. *Oncologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, cap.05, pp. 37-44

MARTINS, J. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 3 edição. São Paulo: Centauro, 2003.

MEYER T, MARK M. **Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments**. Health Psychol 1995;14(2):101-8.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia. **Qualidade de Vida de Adultos com Câncer Colorretal com e sem Ostomia**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004 novembro-dezembro; 12(6):875-83.

MOOREY, S. & GREER, S. **Cognitive behaviour therapy for people with cancer**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

OWEN J, KLAPOW J, HICKEN B, TUCKER D. **Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model**. Psychooncology 2001; 10:218-30.

PAZOTTO, M. **Uma arma potente contra o câncer**. Revista Viver: São Paulo. n.108, p.34-35, jan. 2002.

PORTO, A. O. (2004). **Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença**. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.

SANTOS C, SEBASTIANI R. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In: Angerami-Camon V, Chiattonne H, Sebastiani R, Fongaro ML, Santos C. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira; 1996. p. 147-76.

SANTOS, C. T. dos; SEBASTIANI, R. W. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônica.** In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **E a Psicologia entrou no hospital...** 3. ed. reimpr. São Paulo: Pioneira, 2001, cap. 3, p. 147-176.

ROMANO, Bellkiss Wilma (org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SILVA, V. C. E. (2005). **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente.** Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.

TORRES, W. C. (1999). **A criança diante da morte.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

TRINCA, W. Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. et al. **Diagnóstico psicológico.** A prática clínica. São Paulo: EPU, 1984a. p. 14-24.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil.** São Paulo: Psy. 1997.

VENÂNCIO, J. L. (2004). **Importância Da Atuação Do Psicólogo No Tratamento De Mulheres Com Câncer De Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. 50, 1, fev, 55-63.

VIEIRA, Ana Cristina de Oliveira Almeida. **O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida.** Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Policies and managerial guidelines for national cancer control programs.** Rev Panam Salud Publica. 2002 Nov;12(5):366-70.

YAMAGUCHI, N. H. **Manual do paciente com câncer.** São Paulo: NAPACAN. 1999