

# Pré-operatório da paciente oncológica: uma visão psicológica

## *Psychological approach of pre-operative cancer patient*

Ana Valéria Paranhos Miceli<sup>1</sup>

### Resumo

O presente trabalho propõe-se a ser uma reflexão sobre as inter-relações que são estabelecidas entre o paciente oncológico, a sua família e a equipe de saúde, com ênfase no enfoque psicológico das fases de diagnóstico, de estadiamento, da internação hospitalar e do pré-operatório.

Partindo-se do princípio de que a qualidade dessas relações pode influir na aceitação do diagnóstico e do tratamento proposto, são citadas as dificuldades que mais freqüentemente aparecem e algumas possíveis maneiras de evitá-las ou contorná-las.

Nosso objetivo é auxiliar a equipe de tratamento, em especial o cirurgião oncológico, a melhor compreender o que se passa com o paciente, quais são as suas necessidades e de que forma as "armadilhas" da comunicação e a postura do profissional frente a ele podem facilitar ou dificultar o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica.

São abordadas as diferentes contribuições que o psicólogo pode oferecer dentro de um sistema hospitalar, uma vez que o seu olhar se volta não apenas para o paciente e seus familiares como também para o profissional de saúde, que pode ser estimulado a ampliar o seu foco de atenção e a aproveitar os benefícios da interface com o psicólogo da equipe.

É defendida a idéia de que todos os envolvidos em um sistema de tratamento têm a lucrar quando o paciente é consultado por um psicólogo que o ajuda a lidar com suas ansiedades, especialmente em dois momentos anteriores à sua cirurgia: durante o período de estadiamento, quando ficam claros o diagnóstico e o tratamento proposto, e na ocasião da internação hospitalar.

**Palavras-chave:** psico-oncologia; abordagem psicológica; relação médico-paciente; equipe de saúde; paciente oncológico

### Abstract

*This paper intends to express some thoughts on the interrelations that are established between the oncological patient, his family and the health care team, emphasizing the pre-operative psychological focus on the diagnostic and staging phases as well as the period the patient stays at the hospital.*

*Considering that the quality of these relationships can influence the acceptance of the diagnosis and the proposed treatment, the most frequent difficulties are mentioned and some possible ways of dealing with them.*

<sup>1</sup> - Psicóloga do Hospital do Câncer - RJ. Especialista em Terapia de Família. Especialista em Psicologia em Saúde Mental. Especialista em Psicoterapia Breve de Grupo.

Endereço para correspondência: Setor de Psicologia do Hospital do Câncer - INCa. - Praça da Cruz Vermelha, 23 - Rio de Janeiro - RJ

*Our goal is to help the healthcare team, specially the oncological surgeon, to better understand what goes on with the patient, his needs and the pitfalls in communication between himself and the staff which may facilitate or make difficult a good therapeutic alliance.*

*The different contributions that a psychologist may offer at a hospital are mentioned, once he/she considers not only the patient and family, but also the health professional, who may be stimulated to broaden his focus of attention and take advantage of the benefits of the exchange with the staff psychologist.*

*The idea that all those involved in a treatment process may gain if the patient is seen by a psychologist who helps him/her deal with his anxieties, is advocated. The two main moments for this are during staging, when diagnosis and treatment are defined and during the period the patient is at the hospital.*

**Key words:** *psycho-oncology; psychological approach; doctor - patient relationship; healthcare team; cancer patient*

### **Introdução**

Por mais natural que seja o adoecer, e mesmo conhecedores de nossa finitude, a maneira como culturalmente lidamos com esta questão é justamente ignorando-a. Uma pessoa saudável não deve tecer considerações acerca de sua própria morte ou da de outrem igualmente saudável, sob pena de ser considerada psicologicamente doente, com pensamentos mórbidos e conduta desviante. Isto porque, paradoxalmente, não podemos expor com naturalidade o que aprendemos fazer parte da condição de ser vivo.

Entretanto, quando adoecemos, ou quando alguém próximo adoece, esta questão se impõe de forma bastante ameaçadora, pois somos confrontados com a angústia de deixarmos de existir de forma total (morte) ou parcial (mudanças biopsicossociais). Adoecer é portanto uma ameaça à auto-imagem corporal idealizada, à identidade e à própria existência do indivíduo.

Em condições ideais, todo o paciente com câncer, seja de primeira vez ou recorrente, deveria ter uma consulta psicológica em pelo menos dois momentos anteriores à cirurgia:

1 - Após o estadiamento, de modo a facilitar a comunicação e a assimilação da nova informação (diagnóstico e tratamento proposto), diminuindo assim a tensão emocional e fortalecendo a confiança do paciente em si mesmo e na equipe de tratamento.

2 - No momento da internação hospitalar, quando o afastamento de tudo o que lhe con-

fere identidade (família, casa, trabalho, vida social) e as expectativas quanto à cirurgia ampliam as angústias do paciente, que precisará se adaptar à rotina institucional.

### **Comunicação do diagnóstico e do tratamento**

Durante a investigação diagnóstica e o estadiamento, o paciente é submetido a várias consultas e exames, e suas expectativas são acompanhadas de ansiedade e estresse, sintomas que aumentam devido às armadilhas da comunicação, entre elas as mensagens contraditórias advindas do meio familiar ou hospitalar (por exemplo dizer que o paciente não tem nada grave mas precisa de tratamentos muito agressivos). A ocasião do diagnóstico é fundamental no desenrolar do processo, pois é o momento do quando, de quem e de como se vai nomear “aquela doença”, oferecendo-se o quê.

O médico vai *interpretar* e então *nomear* o que somente o paciente sente e não sabe dizer. É um momento não apenas delicado como perigoso, que requer atenção não somente aos sinais e sintomas mas ao indivíduo que é portador de uma história e está inserido num contexto.

O médico precisa ter empatia com o seu paciente, compreendendo os sentimentos que foram despertados e mostrando-se disponível interna (afetivamente) e externamente (tempo, técnica) para ajudá-lo em seu percurso. Ao comunicar o diagnóstico ele deve fazê-lo de forma clara porém suave e respeitosa, evitando ser tanto evasivo quanto invasivo.

É preciso que o médico se disponha a responder às perguntas que vierem de imediato ou em qualquer outro momento do tratamento, e que o paciente saiba disto. Da mesma forma, também os familiares devem ser ouvidos e orientados, desde que o paciente não se oponha.

O paciente tem o *direito* (mas não o dever) de saber sobre a sua doença e, salvo no caso de crianças ou pacientes incapacitados de decidir, os familiares só têm o mesmo direito se o paciente concordar em dividir algo que é da sua privacidade. Por outro lado, o médico tem o *dever* de informar ao paciente o seu diagnóstico e as possibilidades terapêuticas com as seqüelas esperadas.

Ao fazer uma indicação terapêutica, é preciso que o médico encoraje o paciente sem contudo pressioná-lo, reforçando sentimentos de culpa e fantasias de castigo. O caminho a ser traçado deve ser co-construído. Sendo assim, no caso do paciente mostrar-se relutante ou avesso ao que foi proposto, o médico poderá sempre que possível oferecer-lhe alternativas de tratamento e tempo para pensar antes de decidir.

Por outro lado, se o diagnóstico tiver sido, comunicado de forma clara e empática, e a indicação terapêutica tiver sido o resultado de uma avaliação sistêmica do paciente (aspectos médicos, psicológicos e sociais), mais facilmente ele adotará uma postura de compreensão e colaboração quanto ao tratamento, que é sempre muito invasivo.

Cabe aqui ressaltar a importância do comprometimento do médico junto ao paciente em todas as fases do tratamento. O paciente precisa ter um médico de referência, e portanto de confiança, que lhe assegure cuidado e apoio de forma contínua. Infelizmente nem sempre isto ocorre nas instituições públicas, onde o doente é considerado como de responsabilidade da Instituição, isto é, de todos, e portanto de ninguém.

O psicólogo, por sua vez, deve comprometer-se com todos os sistemas envolvidos, facilitando a comunicação entre eles na busca de soluções para os problemas. Pode atuar junto à equipe hospitalar, na forma de interconsulta, e junto aos pacientes e seus familiares se utilizando de diversas moda-

lidades de atendimento psicológico individual ou grupal.

### **Opicólogo junto ao paciente**

Ao detectar os recursos internos e externos de que o paciente dispõe para lidar com situações de estresse, o psicólogo pode ajudá-lo estimulando atividades cognitivas e comportamentais que preservem ao máximo a sua integridade física e psíquica e favoreçam as suas relações interpessoais.

Cabe ao psicólogo investigar a história de vida do paciente, o que ele pensa e sente no presente, que hipóteses faz sobre a sua doença e tratamento, quais são os seus receios e as suas expectativas, que mudanças percebe em si mesmo e no meio em que vive, e como lidar com sentimentos de angústia e perda. Estes dados nos ajudam a prever possíveis reações frente ao diagnóstico e tratamento, como também a mobilizar os recursos disponíveis a fim de minimizar ansiedades.

Acreditamos que o período de consultas e exames já prepara o paciente para a possibilidade do diagnóstico de câncer, especialmente se ele já vivenciou algo parecido em si mesmo ou em alguém que lhe é próximo, o que não é raro. Quando o local de atendimento é especializado em oncologia, esta possibilidade se torna ainda mais forte, uma vez que geralmente os pacientes chegam encaminhados por outros médicos ou Instituições que lhes comunicaram a necessidade de um tratamento em serviço ou hospital especializado, que já pode trazer, no próprio nome, o diagnóstico (Hospital do Câncer, Hospital de Oncologia...).

Por outro lado, alguns pacientes podem defender-se psicologicamente, negando a possibilidade ou até mesmo a certeza de um diagnóstico de câncer, fantasiando que mesmo num hospital especializado doenças benignas podem ser tratadas, ou relatando que seu diagnóstico é de “quase - câncer” ou “câncer benigno” ou que a cirurgia apenas retirará os restos de uma massa agora morta que foi curada espiritualmente (assim como o mau-olhado “secaria” uma pessoa, o bom-olhado “secaria” o tumor assemelhando-o à passa de uma fruta).

É preciso ter muito tato com estes pacientes que nos mostram que ainda não puderam absorver a informação que, entretanto, já lhes

foi dada. Na grande maioria das vezes eles precisam apenas de tempo e ajuda para aceitar e elaborar a doença e seus significados, organizando-se então para enfrentá-la e combatê-la. O mesmo cuidado precisamos ter com os pacientes que manifestam, explicitamente ou não, o seu desejo de morrer. Este desejo pode ser inconsciente (o paciente boicota o tratamento) ou consciente (o paciente acolhe o diagnóstico como uma libertação, recusando-se ao tratamento).

Uma atenção especial merece o paciente com recaída da doença, que pode estar envolvido por sentimentos profundos de frustração, dor, raiva, medo e culpa, por julgar que fracassou ou que fracassaram com ele no tocante aos cuidados que necessitava para manter-se livre da doença. Tais sentimentos podem gerar, no paciente, insegurança em si mesmo e na equipe, levando-o então a desacreditar nas chances de sucesso de um novo tratamento.

Este “fracasso” tem correspondência também na equipe, que percebe-se falha, falível, vulnerável, e que inconscientemente pode não comunicar tão enfaticamente as esperanças depositadas no tratamento e considerar incurável o que deveria ser considerado como muito grave.

Mauksch<sup>(1)</sup> nos lembra que antigamente o hospital era lugar de morrer e que hoje é lugar de cura. O morrer é então um sinal de fracasso e uma lembrança à equipe dos seus limites teóricos e técnicos. O que vemos é que, paradoxalmente, os profissionais de saúde transformam-se em pessoas capacitadas para lidar apenas com a possibilidade do sucesso - e portanto da restauração da saúde - quando as suas funções são justamente as de pessoas que podem lidar com a doença.

Não é raro, portanto, o paciente com doença recidivada sentir que decepcionou a si e ao seu médico, que por sua vez também pode sentir-se decepcionado consigo mesmo ou até mesmo com o doente no caso de perceber (na “caça às bruxas”) que este não seguiu à risca as orientações médicas. Os sentimentos de impotência e de onipotência devem ser identificados e trabalhados, tanto no médico quando no paciente. Quando o paciente julga que o seu sofrimento pessoal foi o causador da doença, pode também, de forma oni-

potente, acreditar que o mesmo “poder” que demonstrou ter ao adoecer o seu corpo deverá agora ser utilizado para garantir a sua cura. Assim, o paciente patrulha em si os sentimentos naturais de tristeza e angústia, procurando afastá-los quando deveria vivenciá-los e superá-los. Em contrapartida, se o paciente julga ser merecedor do seu infortúnio ou simplesmente aceita a doença como “um desígnio de Deus”, pode apresentar sentimentos de impotência que dificultarão o seu processo de tratamento. O adoecer deve ser desvinculado dos sentimentos de culpa e castigo, da mesma forma que a cura deve ser desvinculada da noção de prêmio.

Atribuir o surgimento da doença a apenas aspectos emocionais é um erro. Ao conhecermos a história de vida e o funcionamento psíquico do indivíduo, podemos compreender de que forma tais fatores contribuíram para o seu adoecimento, sem contudo determiná-lo. Por outro lado, podemos também avaliar a melhor maneira de mobilizarmos a sua capacidade de reagir e buscar ajuda.

### **O psicólogo junto à equipe de saúde**

Através de observações e de interconsultas, o psicólogo pode ajudar o profissional de saúde a compreender melhor o seu paciente e quais os sentimentos que, provocados nele pelo paciente (contratransferência) determinam reações inconscientes suas. Assim como o paciente, também o profissional de saúde é portador de uma identidade, de uma história pessoal que o leva a responder individualmente a algo que, no paciente, o remete ao seu próprio inconsciente. Os seus mecanismos psicológicos de defesa (contra o sofrimento e a ansiedade que sentimentos como culpa, medo e raiva suscitam) provocam reações de hostilidade, indiferença ou apego demasiado, que dificultam a comunicação e minam o relacionamento. Desta forma, se há dificuldades na comunicação com o paciente as limitações de ambas as partes devem ser consideradas e os sentimentos, identificados e trabalhados se possível for. Se uma boa relação não puder ser estabelecida com o paciente, mais vale que outro profissional assuma o tratamento.

A qualidade e fluidez da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente vai revelar o tipo e a dinâmica da relação

estabelecida entre eles. Sentimentos inconscientes de culpa podem, por exemplo, paralisar o médico, impedindo-o de informar ao paciente o seu diagnóstico, seja omitindo-se ou delegando a terceiros esta tarefa. Nestas ocasiões o médico se respalda em racionalizações do tipo “medo da reação do doente”, “despreparo psicológico do doente” ou “a família tem mais jeito para dar a notícia”. Os sentimentos contratransferenciais que o paciente desperta no médico (geradores de ansiedade) explicam também o comportamento deste quando *julga* que seu paciente nada quer saber ou que precisa saber demais. Na primeira hipótese o médico não informa ou informa rapidamente o diagnóstico, desviando o assunto para a casuística, as estatísticas, etc. Na segunda hipótese, o médico assola o paciente com informações desnecessárias no momento e que só servem para confundir-lo quanto as suas reais necessidades e possibilidades. Na maioria das vezes os pacientes nos sinalizam a respeito de como lidar com eles. Aliás, isto acontece em qualquer relação. Quanto mais ampla for a nossa visão do outro e de nós mesmos mais estaremos capacitados a identificar que ansiedades e desejos pertencem a cada um. Desta maneira, o psicólogo pode contribuir para que aquilo que o profissional de saúde pode fazer esteja o mais próximo daquilo que o paciente necessita.

### **Opicólogo junto à família**

Sob o ponto de vista familiar, o câncer é sempre metastático, sistêmico, atingindo a todos. A família, como qualquer sistema, perde o seu equilíbrio se um dos seus pontos de sustentação for retirado do seu lugar, da sua função. Isto promove uma “dança” entre os seus membros na tentativa de reorganizar papéis e funções. Sendo assim, tudo o que afetar o paciente afetará sua família, e vice-versa. Daí a importância de cuidarmos do sistema como um todo, buscando a harmonia e a colaboração.

O diagnóstico causa um impacto também na família, que muitas vezes não sabe o que fazer com a nova informação nem como lidar com os sentimentos emergentes. Uma vez ansioso e estressado, o familiar pode apresentar dificuldades de comunicação com o paciente, com a equipe, com os demais familiares e também nas suas relações interpessoais. Certamente isto se refletirá no nível de adaptação do doente ao tratamento. Em condições ideais o paciente compartilha

com seus familiares sentimentos e decisões advindos do seu processo de tratamento. Entretanto, nem sempre isto acontece, pois o sistema familiar tem um padrão de funcionamento que tende à repetição. Assim, é comum encontrarmos famílias onde os membros omitem ou distorcem dados importantes uns dos outros por motivos diversos (mas que se manifestam sob a capa da proteção), promovendo algum tipo de isolamento.

Quando o sistema familiar interage com o sistema hospitalar é preciso haver uma adaptação entre as partes, e esta pode ser prejudicada pela formação dos subgrupos que surgem quando o sistema é dividido pelas mentiras. As mentiras, longe de proteger, geram culpas, desconfortos, desavenças e sobrecarga de responsabilidades, favorecendo a manutenção do estresse. Elas podem ser trazidas ou estimuladas pelo paciente, pela família ou pela equipe hospitalar através de alianças que são prejudiciais à coesão necessária para o bom desempenho de todos no processo de tratamento. Acertar nem sempre é fácil, e muitas vezes nos vemos engolfados por situações que confundem as nossas percepções, nos levando a agir de maneira inadequada. O mesmo acontece com o sistema familiar. Saber o que fazer, o que contar, para quem contar e com quem contar são questões que vão sendo respondidas ao longo do caminho, e que podem ser melhor elaboradas com a ajuda do psicólogo.

### **Internação hospitalar**

O período de internação é fonte de muita ansiedade para o paciente, que tem pressa em estar saudável, mas também está preocupado com cirurgia e suas conseqüências. As possíveis e as prováveis seqüelas, inclusive as mutilações, trazem sentimentos de perda que são acompanhados por diversos outros, que precisam ser elaborados e instrumentalizados.

São comuns as dúvidas e as perguntas de última hora, assim como o medo de que a cirurgia possa acabar agravando o quadro da doença. Sentimentos como solidão, medo e ansiedade, que são inerentes à situação, podem provocar fantasias de morte iminente. O pavor da anestesia simboliza o medo de “ser apagado” de forma consentida. Daí a fantasia que muitos pacientes têm de não voltar da cirurgia.

É portanto o estado emocional do paciente que vai explicar as “misteriosas intercorrências” que atrapalham ou mesmo impedem a realização da cirurgia. São pequenos ou grandes esquecimentos ou enganos que o paciente comete ou leva a cometer ou sintomas (febre, gripe, hipertensão arterial, problemas cardíacos, etc.) que ele apresenta no preparo do pré-operatório imediato. A internação hospitalar separa o paciente de seu meio familiar e social justamente no momento em que ele está mais fragilizado emocionalmente, diminuindo ainda mais a sua auto-estima e provocando um sentimento de despersonalização. O paciente já não tem o mesmo comando sobre si mesmo, dependendo quase que totalmente das determinações do sistema hospitalar.

Aquilo que o identifica não é o que parece identificá-lo para a equipe, que o etiqueta com pulseiras e números e o reconhece como a “patologia tal do leito tal”. Quando não puder expressar seus sentimentos por meio das palavras, certamente o fará através de seus atos e dos sintomas que produz em seu corpo. O psicólogo deve ficar atento a todas estas formas de comunicação, procurar diminuir incertezas, valorizar esforços e esperanças, incentivar a confiança nas decisões tomadas e nas relações estabelecidas.

O contato com o hospital é um corte nas fronteiras externas do sistema familiar, uma ameaça à sua unidade autônoma. A família precisa manter o seu equilíbrio e ao mesmo tempo ser flexível, adaptando-se às mudanças. Precisa portanto estabelecer um padrão de separação e união que só é possibilitado se o estresse for reduzido e a sua autonomia, mantida.

Os vínculos e a dinâmica que cada família estabelece são variáveis e vão interferir junto ao sistema hospitalar. Minuchin<sup>(2)</sup> nomeia de “emaranhadas” as famílias que têm um padrão de funcionamento de interdependência excessiva, e de “desligadas” aquelas cujo padrão é de isolamento excessivo. No hospital, a equipe distingue estas famílias como presentes ou ausentes em demasia, e, de todo modo, geradoras de problemas. Isto é detectado principalmente pela Equipe de Enfermagem e pelo Serviço Social.

A equipe deve evitar atitudes arbitrárias de afastamento ou convocação da família,

procurando, com a ajuda do psicólogo, estabelecer limites razoáveis, além de valorizar no familiar os seus aspectos que o capacitem a cuidar bem de seu doente. Sabemos, pela experiência, que não somente os pacientes terminais passam, como assinalou Kübler-Ross<sup>(3)</sup>, por diferentes estágios de reação (negação e isolamento, raiva, barganha, depressão, aceitação) e como provocam nos sistemas envolvidos reações diferenciadas, de acordo com cada um deles.

Um estudo realizado na Islândia<sup>(4)</sup> em pacientes com recaída da doença mostrou que cinco sentimentos eram comuns a todos: incerteza, vulnerabilidade, isolamento, desconforto físico e emocional e redefinição de metas e papéis e do modo de viver a vida. De toda a forma e sem obedecer regras, a pluralidade de sentimentos e reações é comum a todos os pacientes com câncer, qualquer que seja o estágio da doença. Cabe à equipe perceber quando a reação é saudável e precisa ser respeitada e quando traduz uma necessidade de intervenção. Cabe também à equipe ajudar a família a ajudar o paciente, mobilizando para isso todos os recursos disponíveis.

É natural a regressão emocional do paciente, que acentua a sua dependência da família e também da equipe de tratamento. Isto muitas vezes os torna querelantes e nos torna impacientes, como se eles estivessem querendo demais, querendo a mais, e não soubessem portanto fazer jus à maneira como são chamados: pacientes. O que todo doente precisa é, na verdade, bem simples: que ao ser cuidado lhe seja assegurada a sua dignidade de ser humano, e por isso desejoso.

### Considerações finais

O câncer infelizmente ainda é um estigma social até mesmo no meio médico. São inúmeros os relatos de pacientes que não conseguem atendimento médico, mesmo para patologias benignas, quando revelam a sua experiência com o câncer. É como se eles fossem uma caixa-surpresa, portadores de um enigma, uma bomba-relógio que não se quer que estoure nas imediações. Ou se atendidos são submetidos a uma bateria de exames às vezes difíceis de compreender. Além de transtornos afetivos, o diagnóstico de câncer pode gerar transtornos percep-

tivos, havendo um afunilamento do campo perceptivo. O paciente só vê a doença e suas conseqüências, reais ou fantasiosas, o que pode ser reforçado pelo ambiente hospitalar (contato com outros pacientes) e pelos sistemas envolvidos. O psicólogo deve ajudar na ampliação do foco de percepção, repositonando o doente frente a si mesmo e à realidade.

---

### Referências Bibliográficas

1. Mauksch, H. - "O contexto organizacional do morrer". In: Kübler - Ross, E.: Estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Ed. Nova Era, 35-54, 1996.
2. Minuchin, S. - Família, Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1988.
3. Kübler-Ross, E. - Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1981.
4. Halldórsdóttir, S.; Hamrim, E. - Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1): 29-36, 1996.