

PERFIL DO PACIENTE COM CÂNCER: CONSIDERAÇÕES PÓS DIAGNÓSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA NO ÂMBITO PSICOSSOCIAL

Autores

Adelgício de Paula ¹
Cícero de Lima Rena ²
Fernando Dias ³
Thaís de Oliveira ⁴
Rosyane Rena de Freitas ⁵

RESUMO

A pesquisa apresentada avalia, através de um questionário e posteriores estudos estatísticos, o perfil psíquico do paciente com câncer ao tornar-se ciente da sua condição referente ao perigo iminente de morte, representado pelo câncer. Várias questões são levantadas a respeito da qualidade, expectativa e esperança de vida, bem como aspectos relacionados ao medo da morte. Percebeu-se que a vontade de viver e o medo de morrer são sentimentos que habitam a mesma esfera nas pessoas em geral, mas estão mais próximos ainda em pessoas que têm, pela sua condição física, a morte como uma realidade mais próxima, como é o caso dos pacientes com câncer. Mesmo sendo uma enfermidade que abala significativamente o corpo e a alma de forma tão negativa, há condição de se investir na qualidade de vida do paciente portador de câncer, reabilitando-o para uma vida mais digna e humana.

UNITERMOS

Paciente terminal, relação médico-paciente, psicologia médica.

INTRODUÇÃO

O medo e a preocupação são reações humanas normais, particularmente frente ao diagnóstico de doenças como o câncer. Esses sentimentos são reações biologicamente apropriadas à ameaça de perigo ou perda. Muitos estudiosos afirmam ⁽¹⁾ que um grupo de pessoas, ao sentir a morte de perto, muda sua concepção de vida, tentando aproveitar cada segundo do tempo que supostamente lhe resta. Por outro lado, um segundo grupo procura "estacionar" a vida no momento do diagnóstico, cruzando os braços e esperando o fim.

Esses mesmos estudiosos afirmam também que o querer viver contribui muito para melhora no quadro clínico do paciente.

Essa pesquisa é uma oportunidade para avaliar a situação do sujeito diante de uma crise existencial provocada pelo surgimento de uma doença grave que ameaça a vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi aplicado um questionário elaborado com questões fechadas e abertas, somando 19 perguntas, que permitiu avaliar alguns aspectos significativos no estudo do paciente oncológico, como religiosidade, satisfação

de vida, perfil psicológico, medo da morte e negação da mesma.

O referido questionário foi aplicado, na cidade de Juiz de Fora, a um grupo controle constituído de 50 indivíduos hígidos e sem câncer e a um outro grupo de 50 pacientes com câncer. Estes pacientes foram entrevistados nos hospitais Ascomcer e Oncológico de Juiz de Fora no período de 1 (um) ano.

Foi comparado o modo de vida do grupo controle com o grupo desses pacientes portadores de uma doença grave.

Ao final, foram feitas avaliações estatísticas em ambos os grupos, o que possibilitou comparações e a reflexão sobre a hipótese de que uma doença grave pode ocasionar mecanismos eficientes de preservação da vida por valorização do instinto de sobrevivência, que leva ao aumento da esperança, da expectativa de vida dos pacientes graves e à melhora de sua qualidade restante de vida.

OBJETIVO

A referida pesquisa tem por objetivo avaliar a condição de vida do paciente acometido de câncer em qualquer área de sua corporalidade e compreender o impacto psicológico deste fato e sua consequência física que debilita o funcionamento orgânico do indivíduo, acarretando comprometimento de suas atividades, de sua vida social, do trabalho e de sua expectativa de vida.

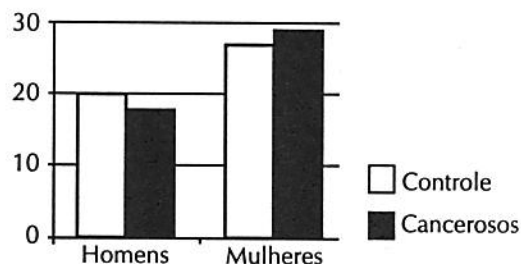
A pesquisa objetiva também salientar a importância de um suporte psicoterapêutico no tratamento desses pacientes, pois o câncer tem sido encarado como um mal vindo de fora, e há pouca reflexão sobre o câncer como uma enfermidade psicossomática também. ^(1,4)

RESULTADO

Amostra

Gráfico 1

Distribuição por sexo



Nota-se que não há diferença significativa na distribuição por sexo entre os grupos e mesmo internamente os grupos são homogêneos. Ambos os grupos são formados de 50 indivíduos.

1 - Professor Adjunto de Psicologia Médica da UFJF. Mestrado em Educação.

2 - Professor Adjunto IV da UFJF. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Chefe do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Mestre em Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental

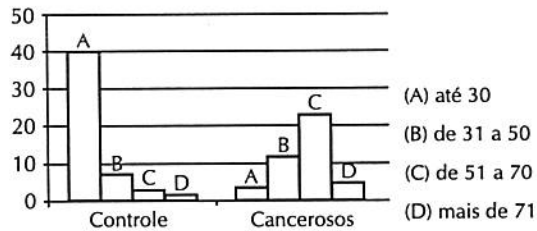
3 - Professor Adjunto IV de Oncologia da UFJF. Doutorado em Medicina

4 - Acadêmica de Medicina da UFJF

5 - Acadêmica de Medicina da UFJF

Gráfico 2

Distribuição por idade

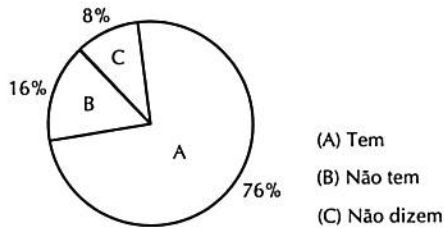


Nota-se que no grupo controle predomina a faixa etária até 30 anos e no grupo de pacientes com câncer há predomínio da faixa etária entre 51 a 70 que corresponde à época da vida onde há maior incidência de patologias oncológicas.

FATOR RELIGIOSIDADE

Gráfico 3

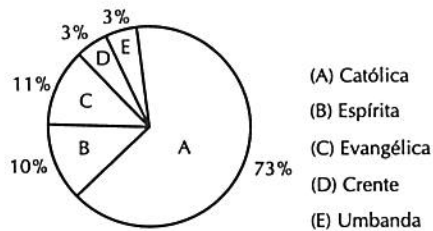
Religião



Nota-se no grupo controle um predomínio de indivíduos que declaram ter algum tipo de religião.

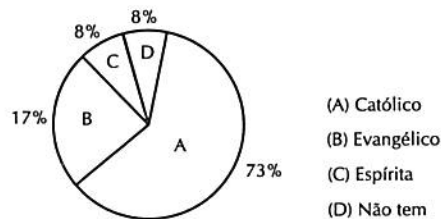
Gráfico 4

Credo Religioso



E há predomínio da religião católica neste grupo controle, entre os que declararam possuir credo religioso.

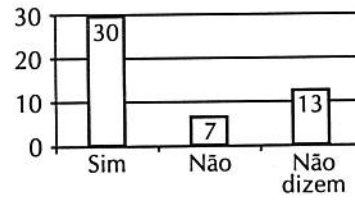
Gráfico 5



Nota-se no grupo de pacientes com câncer um predomínio de católicos declarados e que corresponde mais de perto à distribuição do último censo populacional.

FATOR MEDO DA MORTE

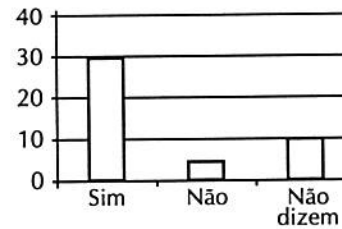
Gráfico 6



No grupo controle há predomínio do medo da morte numa proporção aceita e não difere da população dita normal.

Gráfico 7

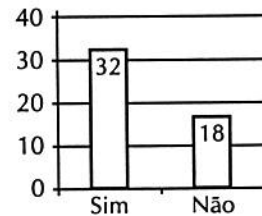
Medo da morte: pacientes com câncer



A maioria afirma ter medo da morte de igual modo que no grupo controle, não havendo diferença entre os dois grupos.

FATOR NEGAÇÃO DA MORTE

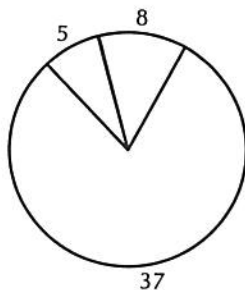
Gráfico 8



Há forte tendência à negação do fenômeno morte na vida de uma população normal.

Gráfico 9

Negação da morte - paciente com câncer

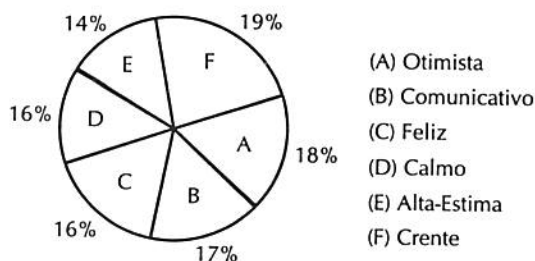


E o mesmo se observa na população de pacientes com câncer, de modo que se observa que não há diferença significativa entre os grupos e podemos afirmar que o surgimento da doença não influi no fator de conscientização ou negação defensiva da doença. Podemos até inferir que a negação de um fato traumático é um mecanismo comum existente na vida das pessoas e que ocorre por repressão e atua como mecanismo de defesa salutar do ego.

FATOR PERFIL PSICOLÓGICO

Gráfico 10

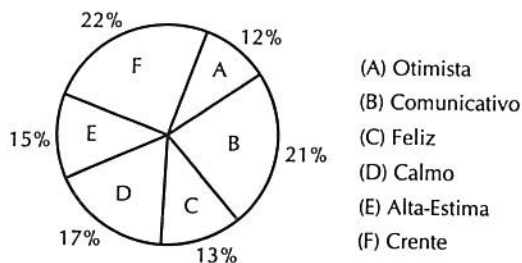
Perfil positivo



No grupo controle os sintomas positivos são bem distribuídos sem predominância significativa de um aspecto como se pode ver no gráfico acima.

Gráfico 11

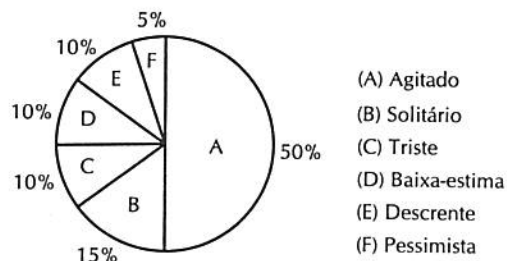
Perfil positivo - paciente com câncer



E já na população de pacientes com câncer a distribuição dos aspectos é menos homogênea, havendo predomínio dos aspectos de comunicação e esperança na forma de ser crente. E o otimismo e a felicidade estão em menor proporção.

Gráfico 12

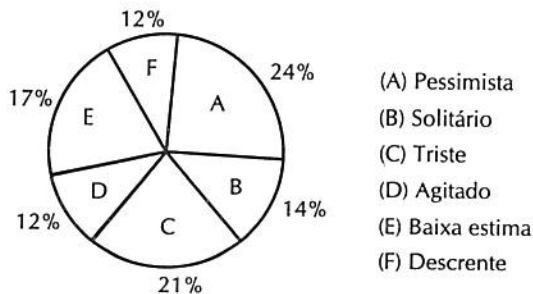
Perfil negativo



Na população dita normal do grupo controle os aspectos são distribuídos de modo heterogêneo, havendo amplo predomínio do aspecto agitado e baixo pessimismo.

Gráfico 13

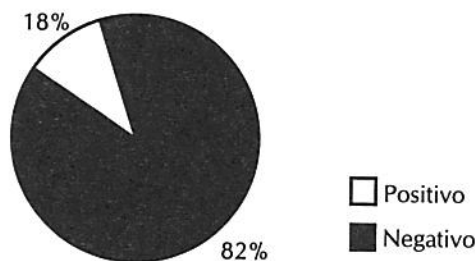
Perfil negativo - pacientes com câncer



Nota-se no grupo de pacientes com câncer uma inversão de aspectos negativos com distribuição mais homogênea do que do grupo controle. Há predomínio dos aspectos pessimista e triste e menor proporção dos aspectos agitado e descrente. É importante salientar a pouca incidência do aspecto descrente na população de pacientes com câncer, o que fala a favor do aumento de esperança que ocorre quando o indivíduo se encontra num estado crítico.

Gráfico 14

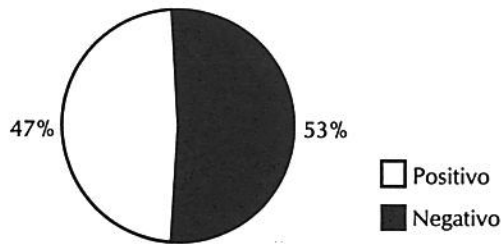
Razão positivo-negativo



A razão entre o total de escores negativos e positivos pende mais para a positividade no grupo controle.

Gráfico 15

Razão positivo-negativo entre pacientes com câncer

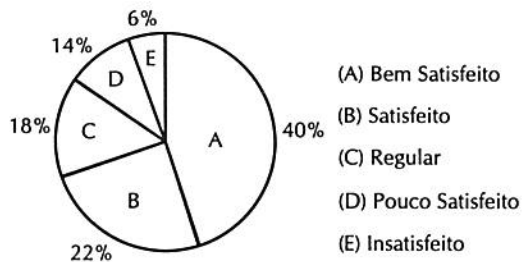


A razão entre os escores totais positivos e negativos na população de pacientes com câncer é ainda ligeiramente positiva, mas difere substancialmente do grupo controle, no qual há franca positividade do perfil psicológico do indivíduo sadio.

FATOR SATISFAÇÃO DE VIDA

Gráfico 16

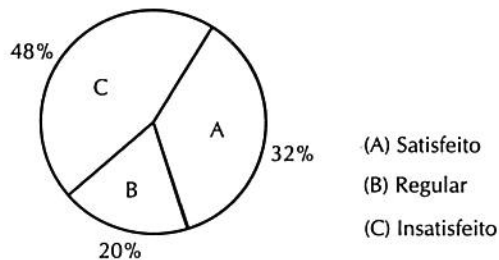
Satisfação de vida



Nota-se no grupo controle de pessoas sadias uma ampla porcentagem de valores mais positivos que abrangem uma qualidade de vida satisfatória numa razão de 62% para 32% que corresponde à faixa insatisfeita.

Gráfico 17

Satisfação de vida entre pacientes com câncer

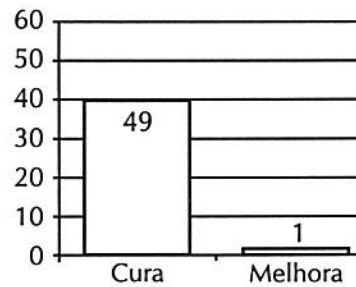


E já na população de pacientes com câncer, nota-se o predomínio do aspecto de insatisfação numa proporção de 48% sobre 32% de pacientes satisfeitos. A resposta entre os grupos é diferente e mesmo no grupo de pacientes com câncer existe um terço que se sente satisfeito, ama a vida e alimenta muita esperança num futuro mais positivo. Isto fala a favor de uma necessidade de se investir na qualidade de vida desta população, o que poderia até aumentar a sobrevivência deste grupo.

FATOR EXPECTATIVA DE CURA

Gráfico 18

Satisfação de cura

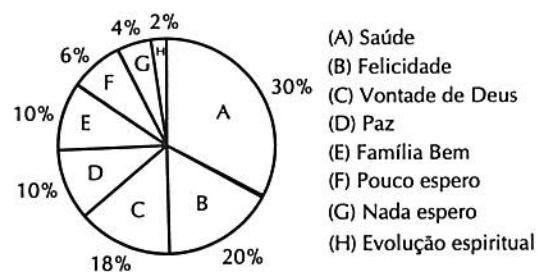


Avaliado somente no grupo de pacientes com câncer. Nota-se uma enorme quantidade de respostas de cura, o que fala a favor da grande esperança que alimenta esta população doente.

FATOR PROJETO DE VIDA

Gráfico 19

Projeto de vida



Avaliado somente na população de pacientes com câncer. Nota-se a presença de aspectos positivos que se projetam no futuro, principalmente a saúde e felicidade são os temas mais desejados.

FATOR VALOR DA VIDA

Gráfico 20

Projeto de vida



Nota-se uma prevalência da valorização da vida na amostra de pacientes Com câncer, e mesmo aqueles que a acham ruim, sentem que vale a pena viver.

DISCUSSÃO

Podemos observar que os fatores esperança, satisfação de vida, projeto positivo de vida e valor de vida estão presentes de modo significativo numa população de indivíduos acometidos de câncer, o que faz supor que, nos estados críticos da vida, mais os indivíduos se apegam à esperança de cura e delegam ao médico um papel importante na transferência ou relação médico-paciente. Não deveria o médico puxar o tapete da esperança e nem também deixar de trabalhar o real da doença. Outro dado que chamou a atenção na pesquisa se refere ao perfil psicológico do paciente com câncer. Este se torna mais pessimista e mais triste, o que é concebível, porque a doença o vai debilitando no seu curso progressivo. Por outro lado se observa um aspecto assaz interessante: o paciente se torna mais comunicativo, menos solitário e mais crente, isto é, mais esperançoso. Isto aponta para a necessidade de investir mais na fala com o paciente com câncer. Ele tem necessidade de falar mais dele próprio, de sua vida e de sua família. Não importa que não queira falar especificamente da doença, mas é preciso falar das conseqüências desta. Não se deve tratar ou tentar tratar o paciente com câncer como deprimido porque não o é, e sua tristeza é oriunda de uma situação concreta de perda com que ele depara. E também não devemos falar sobre a morte se ele a nega ou não deseja falar sobre isto. E quanto à ajuda espiritual creio que seja necessária de acordo com a demanda do paciente e de acordo com seu credo. O médico pode dar espaço na relação médico-paciente para que ele aborde temas religiosos, mesmo não sendo um perito nesta área.

Um fator muito importante e essencial a ser considerado em qualquer procedimento terapêutico para com o paciente com câncer é a questão de satisfação de vida. Vimos que este fator é ligeiramente positivo nos pacientes com câncer, o que muito nos anima, e podemos concluir que, mesmo em condições extremas de privação, a condição humana sempre encontrou uma forma de equilíbrio entre os instintos de vida e de morte. Eros e Tânatos estão presentes em todos os estágios da vida e, na velhice ou estados terminais, este equilíbrio é mais instável, mas pode ser sustentado numa efetiva relação médico-paciente. A esperança nunca morre e há sempre uma nesga de luz que ilumina os momentos mais escuros da vida. E depois que tudo apaga, reacende-se outra luz no caminho que remete o ser para outro parto, no qual o nascente se inflama de luz. Resta também abordar outro tema referente à nomeação do "estar com câncer" e que se refere à fala do próprio paciente sobre sua condição mórbida. Foi muito interessante observar nesta pesquisa o modo como os pacientes falam de seus males. Poucos nomeiam a enfermidade pelo nome temido de "Câncer". Mas cremos que a grande maioria sabe que tem uma doença grave e resistente a tratamento convencional. Muitos já tomaram quimioterapia, ou se submetem à radioterapia, ou fizeram cirurgias para remoção de nódulos ou tumores. Mesmo numa população comum, a noção do corpo é distorcida: no psicótico predomina uma consciência de "corpo fragmentado" e no neurótico hipocondríaco há uma noção de "corpo segmentado"; já no paciente histérico, a noção de corpo é mais "erotizada" do que no indivíduo comum. Paradoxalmente, podemos perceber que a noção de corpo do paciente com câncer é mais coesa do que nos casos acima citados. Isto se explica porque diante da ação destrutiva do real da doença, o psiquismo do paciente se defende por formação reativa diante da destruição do corpo. Assim, o corpo do paciente com câncer é mais "ajuntado", mais "coeso" e mais "saturado". Há referências diminutivas a respeito da localização maligna na forma de "probleminha", "nodulozinho", ou "tumorzinho". Por outro lado, a nomeação se faz por um caráter mais benigno como "inflamação", "calo", "caroço", "machucado" ou "sangramento". Mais comuns são as nomeações mais reais localizadas na mama, na forma de "nódulos", "câncer", ou "retirada da mama". Quase não há nomeação científica do fato e somente um paciente diz que tem Linfoma de Hodgkin. E pelo visto, podemos observar que, ao isolar somente a área extirpada, que foi afetada pelo câncer, quer o paciente dizer que está tudo bem. Cursa no meio médico uma percepção de que o câncer acomete mais freqüentemente pessoas que sofreram importantes perdas e decepções e que não têm o hábito de falar destas questões; mas a grande maioria dos pacientes não têm consciência disto e mesmo não desejam colocar sobre os ombros mais um fardo penoso: sentir-se responsável pela própria doença. Não podemos afirmar isto com certeza, mas pode ser um objeto de posteriores pesquisas, porque sabemos que existem fatores predisponentes para algumas formas de câncer, como o fumo, a bebida alcoólica; e, mesmo alertadas, há pessoas que insistem em manter tais hábitos funestos. Elas

também "fazem" o câncer, que pode ser mais facilmente acionado se já existe uma mensagem codificada no telegrama genético.

CONCLUSÃO

Mesmo sendo o câncer uma enfermidade que exerce forte carga negativa no imaginário popular, por sua ação progressiva e deletéria, a condição humana sempre encontra uma forma de equilíbrio entre os instintos de vida e de morte. Assim, tal tipo de paciente deve receber um suporte psicoterapêutico regular, devendo haver também uma abordagem socioterapêutica para melhorar a qualidade de vida do mesmo, tentando trazê-lo para o convívio social, quando isso é possível, e aumentar ou manter a esperança, que é grande remédio para ajudar a prolongar a vida do paciente oncológico.^(1,2,3,4)



AGRADECIMENTOS

Ivalda Dias Ferreira Ribeiro - psicóloga com título de especialista em Psicologia Hospitalar e Psicoterapia Psicanalítica; Fátima Chevitaressé - Assistente Social; Leonardo José Vieira - Cirurgião Oncológico.

SUMMARY

PROFILE OF A CANCER PATIENT: POST DIAGNOSIS CONSIDERATIONS OF LIFE SPAN AT PSYCHOSOCIAL LEVEL

These research evaluates, by a questionnaire and posterior statistical studies, the psychical profile of the cancer patient, when he knows the imminent danger of death represented by the cancer. Some questions are made about the quality, expectation and hope of life, as well aspects as fear of the death. It was perceived that the notion to live and the fear to die are feelings common at people in general, but mainly at people who think have the death so near, as the cancer patients. Despite it is a disease that shatters so negatively the body and the soul, there is condition to improve the quality of life these patients and rehabilitate them to a life more dignified and human.

KEY WORDS

Terminal patient; medical-patient relation; medical psychology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FILHO J M. Psicossomática hoje. 1. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 385 p.
- 2 - JEANMET P, REYNAUD M, CONSOLI S. Manual de Psicologia Médica. 1. ed. Rio de Janeiro, Masson, 1982. 421 p.
- 3 - RIBEIRO S, MARIANI F, STEDEFORD A. Encarando a Morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. 1. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986. 168 p.
- 4 - TAHKA V. O Relacionamento Médico-Paciente. 1. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. 227 p.