

Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total

Samara A. O. DIAS¹, samara_oliveiradias@hotmail.com; **Giselle Braga de AQUINO**²,
psicologia@faminas.edu.br

1. Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG.
2. Doutora em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); coordenadora do curso de Psicologia da FAMINAS, Muriaé, MG; professora na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Leopoldina, MG.

Artigo protocolado em 13 ago. 2013 e aprovado em 08 out. 2013.

RESUMO: Analisou-se, através da Análise do Discurso, registros de 16 pacientes de uma psicóloga que se submeteriam ao procedimento de laringectomia total. O nível de ansiedade dos pacientes foi analisado a partir dos resultados da aplicação do Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Os resultados apontaram que os pacientes contam com mecanismos externos, como o apoio de amigos e familiares e suporte religioso para o enfrentamento da doença, e apresentam inúmeros sentimentos associados ao processo de adoecimento e diante do tratamento indicado.

Palavras-chave: câncer, laringectomia, sentimentos, pré-operatório.

ABSTRACT: Psychological aspects of cancer patients before the surgical procedure of total laryngectomy. It was analyzed through discourse analysis, records of 16 patients from a psychologist who would submit to total laryngectomy procedure. The anxiety level of the patients was analyzed from the results of the application of the Beck Anxiety Inventory (BAI). The results showed that patients rely on external mechanisms, such as support from friends and family and religious support for coping with the disease, and present many feelings associated with the disease process and facing the indicated treatment.

Keywords: cancer, laryngectomy, feelings, preoperatively.

RESUMEN: Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer antes de la intervención quirúrgica de la laringectomía total. Se analizó a través del análisis del discurso, los registros de un psicólogo de 16 de pacientes que se sometería al procedimiento de laringectomía total. El nivel de ansiedad de los pacientes se analizó a partir de los resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados mostraron que los pacientes que dependen de mecanismos externos, como el apoyo de amigos y apoyo religioso y de la familia para hacer frente a la enfermedad, presentan muchos sentimientos asociados con el proceso de la enfermedad y frente al tratamiento indicado.

Palabras clave: cáncer, laringectomía, sentimientos, preoperatoria.

Introdução

O câncer tem sido considerado uma das principais causas de morte em todo país. O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) aponta-o como a segunda causa de morte no Brasil. A maior parte das pessoas não possui conhecimento sobre esses dados, mesmo assim uma pessoa, ao receber um diagnóstico de câncer, faz associações da doença com sofrimento e morte,

sendo que essas associações são influenciadas pelas representações sociais que existem em torno da doença.

O objetivo do presente artigo é discutir sobre o câncer, seu contexto histórico e os tratamentos indicados, dando ênfase ao câncer de laringe e aos sentimentos desencadeados a partir da necessidade de um procedimento cirúrgico, muito comum nesse caso.

A relevância deste estudo é contribuir para o entendimento dos aspectos psicológicos e sociais dos pacientes envolvidos no processo de adoecimento. No decorrer do artigo, também se apresentou a importância de não considerar o sujeito diagnosticado com câncer de laringe apenas como um sujeito doente, mas no momento da avaliação multidisciplinar levar em consideração seus aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento.

Considerando a pequena diversidade de trabalhos publicados em torno desta temática observa-se a importância deste estudo para contribuir com investigações acerca desse tema, além de estimular os demais profissionais da saúde a compreenderem os aspectos emocionais do paciente com câncer de laringe.

I – Revisão de literatura

1.1 – O câncer

O câncer ou neoplasia é uma doença causada pelo crescimento desordenado de células cujo acúmulo ocasiona um inchaço nos tecidos, gerando tumores malignos. Esses tumores, ao entrarem em contato com a corrente sanguínea ou linfática, podem se multiplicar rapidamente e se espalharem para outros órgãos e tecidos se transformando nas conhecidas metástases (BRENTANI et al., 2003).

Mesmo com todos os avanços tecnológicos desenvolvidos para o tratamento do câncer, o seu diagnóstico traz temor. Os estigmas sociais e culturais associam fortemente o câncer com a morte e com o sofrimento físico e emocional causados pelo tratamento doloroso e invasivo aos quais os pacientes necessitam se submeter (KOVÁCS, 1992).

De acordo com Silva, Aquino e Santos (2008), no século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o câncer foi uma doença considerada contagiosa assim como a sífilis, associada à falta de higiene física e moral, como uma forma de punição aos vícios e pecados. Porém, com o passar do tempo, esta relação do câncer e contaminação foi se perdendo, e aos poucos seu surgimento foi sendo associada à repressão de sentimentos, a falta de expressividade das emoções, bem como os traços de personalidade da pessoa, além de fatores genéticos e hereditários.

Nucci (2003) destaca que, há aproximadamente 2000 anos, o médico Galeno descreveu em seus estudos a maior tendência de câncer em mulheres deprimidas, estabelecendo assim a relação entre os estados emocionais e o processo de adoecimento. Porém, não existe uma causa específica para o aparecimento do câncer, pois as causas podem estar associadas a fatores internos, externos ou a inter-relação entre eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; BRAGA, 2005 apud SILVA, AQUINO; SANTOS, 2008).

Segundo Santana, Zanim e Maniglia (2008), o câncer é uma doença cujo tratamento é doloroso e seus efeitos colaterais desencadeiam mudanças na vida do indivíduo. Em muitos casos, ele perde sua independência, sofre com alterações em sua imagem corporal, se isola de seus vínculos sociais, se afasta de atividades de lazer e apresenta sentimento de inutilidade.

No tratamento do câncer, pode ser indicada a realização de procedimento cirúrgico, ou radioterapia ou quimioterapia, os quais também podem ser indicados associadamente. O primeiro prevê a retirada total ou parcial da neoplasia. A radioterapia é uma forma de tratamento direcionada a atingir o tumor localmente, podendo ser também radical (ou curativa); remissiva, ou seja, visando diminuição do tumor; profilática, no tratamento de possíveis tumores que ainda não se desenvolveram; paliativa, para a diminuição dos sintomas como dor e também para suprir a funcionalidade de um órgão atingido pelo tumor (NUCCI, 2003; INCA, s/d (a)).

Já a quimioterapia é um tipo de tratamento muito temido por seus efeitos colaterais, como, náuseas, vômitos, diarreia, mucosites e queda de cabelo (alopécia). Dentre os tipos de quimioterapia indicados estão a quimioterapia adjuvante, que tem como objetivo a redução do tumor, podendo ser indicada em busca do controle da doença visando impedir seu crescimento ou que ela atinja outros órgãos; e, por fim, a quimioterapia paliativa, que assim como a radioterapia paliativa será indicada na busca de alívio dos sintomas como, por exemplo, diminuição da dor (NUCCI, 2003; INCA, s/d (b)).

Após o diagnóstico, o câncer causa mudanças na vida do sujeito, traz ameaça para os planejamentos futuros, causa desesperança, ansiedade e medo. Seu diagnóstico é encarado como o início de uma crise, que virá acompanhada de incertezas e inseguranças (SILVA, AQUINO; SANTOS, 2008). Em conformidade com os escritos de Nucci (2003), o impacto causado pelo adoecimento poderá depender de vários fatores, entre eles, a cronicidade; prognóstico; sentimentos de ameaça, ou por temer que este adoecimento possa lhe trazer limitações ou dificuldades. Pode-se observar que o período da vida em que ocorre o adoecimento irá diferenciar esses sentimentos, considerando que pessoas mais idosas temem, após desfrutarem de uma vida ativa, se tornar dependentes dos cuidados de terceiros; os mais jovens trazem preocupação e medos associados as suas expectativas e planos futuros, carreira profissional, filhos, entre outros.

1.2 – O câncer de laringe

Nos estudos realizados, observa-se que os sintomas iniciais podem variar de acordo com o grau do adoecimento, porém alguns dos principais sintomas do câncer de laringe descritos são a rouquidão e alterações da voz, sensação de irritação na garganta com duração em um período maior que 15 dias. Diante destes sintomas, o diagnóstico precoce auxilia na recuperação, porém, para maiores chances de um bom prognóstico é importante que o tratamento adequado possa ser associado com mudanças no modo de viver como abandono dos vícios e melhores hábitos alimentares (TIMBY; SMITH, 2005; REGO; COSTA; ANDRADE, 2011).

Ao se buscar compreender as etiologias que levam o desenvolvimento do câncer de laringe, foi observado que ainda não existe uma causa definida, mas alguns agentes externos são indicados como fatores que auxiliam no desenvolvimento de células cancerígenas, como por exemplo, o tabagismo e o alcoolismo. Rego, Costa e Andrade (2011) concordam com Timby e Smith (2005), ao considerar a influência do tabaco no desenvolvimento do câncer, sendo que o tabaco libera substâncias como a nicotina e o benzopireno altamente associadas com o aparecimento de células cancerígenas, enquanto o álcool atua causando irritação na região da laringe.

Considerando todos os malefícios do cigarro, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) estima que atualmente 1,25 bilhões de pessoas fazem uso do cigarro em todo o mundo. Perante estes dados, Hortense, Carmagnani e Brêtas (2007) destacam a grande relação entre o fumo e o aparecimento de casos de câncer de laringe, enfatizando também que os programas voltados para a prevenção do câncer e a redução do consumo de tabaco são ações de educação e orientação imprescindíveis, cujo objetivo é esclarecer sobre a importância de mudanças de hábitos, visando à melhora na qualidade de vida das pessoas.

Estimativas apresentadas pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2003), demonstram que o câncer de laringe corresponde a 25% dos casos de câncer na região da cabeça e pescoço (CHAVES et al., 2012). No Brasil, estima-se que no ano de 2012 haverá 6.110 novos casos de câncer de laringe, com predominância no sexo masculino com idade entre os 50 e 70 anos.

Para definir qual tratamento será mais indicado para cada paciente diagnosticado com câncer de laringe, os médicos consideram o estágio em ocorre o diagnóstico, a localização do câncer e o tamanho da lesão, bem como as alterações que estão ocorrendo no organismo do paciente. É importante destacar que algumas dessas alterações podem trazer complicações mais sérias para o tratamento e podem colocar em risco a vida do paciente (TIMBY; SMITH, 2005; CHAVES et al., 2012).

Rego, Costa e Andrade (2011) concordam com Chaves et al., (2012), com Moreno e Lopes (2002), ao apontarem no tratamento do câncer de laringe dois principais tipos de procedimento: a laringectomia parcial, na qual apenas uma parte da laringe é retirada, mantendo preservadas suas funções e a laringectomia total, indicada para os casos diagnosticados em estágio mais avançados, tendo como consequências as mutilações da laringe e cordas vocais, o que dificulta a comunicação verbal. Após esse tipo de procedimento, os pacientes necessitam se adaptar a traqueostomia (orifício aberto na região do pescoço, que nos casos de laringectomia total são permanentes) para facilitar a respiração e, em alguns casos, deve-se utilizar a sonda nasoenteral para a alimentação. De acordo com Hannickel (2002)

Na laringectomia total são removidas as estruturas que produzem o som laríngeo, ou seja, o seu esqueleto cartilaginoso (as pregas ou cordas vocais) e os músculos vizinhos. A parte superior da faringe é suturada à base da língua e a traquéia é suturada à pele da base do pescoço, onde é realizada uma abertura, isto é, traqueostomia (p. 335).

Um dos maiores impactos da laringectomia total é a perda iminente da voz, o que traz complicações nas interações sociais do indivíduo, bem como modificações na imagem corporal, tendo os pacientes que se adaptarem as suas possibilidades de comunicação, dentre elas o uso da voz esofágica (após a entrada do ar pela boca ele atinge o esôfago que com a vibração de suas paredes causam a emissão do som) (TIMBY; SMITH, 2005).

Um procedimento cirúrgico causa modificações na imagem corporal pelo corte e sua cicatriz, principalmente ao se referir aos procedimentos realizados na região da cabeça e pescoço. Deve-se considerar o rosto a parte do corpo que está diretamente vinculada à comunicação com o outro, além de simbolizar as características do sujeito que o difere das outras pessoas (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012).

O câncer de laringe e seus procedimentos afetam a autoimagem através das modificações no contexto anatômico da região da cabeça e pescoço. Essas modificações afetam a respiração, alimentação e comunicação verbal que impedem o convívio social devido à dificuldade para mastigar e engolir, bem como a tosse que é frequente e a eliminação de secreção amarelada e com mau cheiro. Tais consequências podem vir seguidas por sentimentos de estar com seu projeto interrompido, bem como a mercê do olhar crítico e preconceituoso da sociedade (BARBOSA; FRANCISCO, 2011).

Desta forma, a cicatriz rotula e caracteriza o paciente como alguém adoecido que necessitou ser submetido a algum tipo de procedimento cirúrgico, sendo caracterizado como um indivíduo doente e com a imagem corporal alterada (HANNICKEL, 2002). As modificações ocorridas na imagem do paciente laringectomizado causam sensação de inferioridade, de rejeição, ameaça e medo; já alguns pacientes convivem com esta situação se amparando em seus pressupostos religiosos, se conformam ao pensar que estão vivenciando algo enviado por Deus, como forma de teste (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010).

Outra dificuldade vivenciada por estes pacientes está relacionada com a comunicação, que é considerada a forma de inserção e interação entre os indivíduos; através da voz é possível expressar os afetos, emoções e sentimentos (CARMO; CARVALHO, 2010). Desta maneira, os sujeitos sofrem alterações na autoestima, associados ao estigma do câncer, tendendo ao isolamento social causando comprometimentos em sua qualidade de vida (BARBOSA; FRANCISCO, 2011).

1.3 – Sentimentos no pré-operatório

Além de todos os sintomas físicos como a dor e a dificuldade em se alimentar, que acarretam em mudanças emocionais e angústia nos pacientes desde o início de seu adoecimento, a necessidade de realizar um procedimento cirúrgico também suscita neles sentimentos e fantasias. Os pacientes, devido ao desconhecimento em relação à doença, sentem seus planos futuros ameaçados e impossibilidade de continuar suas vidas, por isso se torna importante considerar que esses sentimentos experienciados pelo paciente poderão impactar em todo o processo pré-cirúrgico, trans e pós-cirúrgico (FIGHERA; VIERO, 2005).

De acordo com Costa, Silva e Lima (2010), um procedimento cirúrgico pode ser dividido em três fases. O pré-operatório, foco de desenvolvimento deste estudo, pode ser considerado como o período no qual o paciente está mais fragilizado com as angústias e anseios que cercam este momento. Este período é o que antecede o momento da cirurgia; o trans-operatório é o momento da realização da cirurgia até sua recuperação pós-anestésica, e, por fim, o pós-operatório, que se inicia após a saída do paciente do centro cirúrgico com alguns dias de internação e a alta hospitalar, mantendo a necessidade de dar continuidade em domicílio aos cuidados necessários.

Independente do tipo de procedimento a ser submetido, o primeiro evento gerador de sentimentos é a hospitalização, por estar associada com a separação da família, da casa, de sua rotina e de sua autonomia. Durante o período de internação, as normas, os horários definidos e a perda da identidade trazem sentimentos que fazem com que o indivíduo sinta-se sem a sua

singularidade, se tornando apenas um ser doente e dependente de cuidados. Isso se agrava com a falta de humanização nos hospitais, passando a ser rotulados pelo número do leito ou como doente portador de determinada doença (COSMO; CARVALHO, 2000).

A ansiedade é um sentimento que surge automaticamente diante de uma situação geradora de ameaças, servindo como forma de auto-regulação do organismo, porém deve ser levada em consideração a intensidade deste sentimento, que poderá impulsionar o sujeito a uma paralisação e, em alguns casos, até a desistência do procedimento cirúrgico. Outro sentimento que se torna evidenciado no período pré-operatório é o medo, associado ao desconhecido, como por exemplo, o centro-cirúrgico, os procedimentos anestésicos, a invalidez ou mutilação, a UTI, as sondas e o risco de morte (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Para Sebastiani e Maia (2005), o tempo corrido dos cirurgiões os impede de explicar e orientar adequadamente sobre a cirurgia e até mesmo sobre a doença, assim, essa falta de informações se torna um dos intensificadores de sentimentos como medo e angústias, que trazem insegurança. Concordando com estas informações, Tenani e Pinto (2007) reforçam a importância de educar o paciente sobre seu procedimento cirúrgico, já que as informações adequadas se tornam um instrumento para a redução da ansiedade e de expectativas negativas perante um procedimento cirúrgico. O psicólogo hospitalar pode também fornecer algumas informações a fim de minimizar esses sentimentos.

1.4 – A atuação do psicólogo hospitalar

Estudos têm demonstrado que o início da atuação psicológica no Brasil era focado nos atendimentos clínicos que atingiam de forma privada apenas uma parte da população. Após sua inserção na saúde pública por volta da década de 60, a atuação psicológica teve uma ampliação, porém ainda limitada ao contexto da saúde mental, em específico aos hospitais psiquiátricos, sendo neste contexto minimizada pelo poder médico (MARCON; LINA; LISBOA, 2004).

Simonetti (2004) considera o psicólogo o profissional capacitado para trabalhar o corpo simbólico, ou seja, o único capaz de avaliar os aspectos psicológicos que envolvem um processo de adoecimento. Em instituições nas quais esse profissional trabalha em conjunto com a equipe multidisciplinar, sua atuação ainda é pouco evidente com relação a outros profissionais, pois enquanto o médico trabalha questões físicas cujo sucesso e resultado do trabalho é mais evidente, o psicólogo atua de forma subjetiva abordando os sentimentos e as emoções, o que acaba por desvalorizar em alguns casos a sua atuação.

Simonetti (2004) explica que a Psicologia no contexto hospitalar não se dedica a compreensão do fenômeno físico, mas sim, tem como objetivo entender os aspectos psicológicos que se desenvolveram ou foram intensificados no processo de adoecimento. Cantareli (2009) concorda com este pressuposto, ao esclarecer que a Psicologia Hospitalar se interessa com o significado que o paciente e seus familiares direcionam para o adoecimento, identificando o que se passa em sua vida após o início deste novo contexto. Diante disto, o psicólogo que atua com pacientes portadores de câncer, independente da fase da doença, deve considerar o indivíduo em seu contexto biopsicossocial, observando que as mudanças decorrentes do adoecimento ocorrem em todos os seus aspectos, físico, social e emocional (CHRISTO; TRAESEL, 2009).

Diante da necessidade de um procedimento cirúrgico, o psicólogo pode preparar o paciente, ouvindo as preocupações e angústias; pode atuar de forma preventiva, ou seja, auxiliando o paciente na compreensão e entendimento dos procedimentos e do momento vivenciado, buscando torná-lo ativo, cooperativo com seu tratamento e com maiores condições de compreender as consequências acarretadas pelos procedimentos (VARGAS et al., 2006).

É relevante destacar a importância da orientação ao paciente sobre a cirurgia e os procedimentos. O psicólogo, no atendimento ambulatorial, ao discutir com o paciente sobre sua doença proporciona esclarecimentos, tira dúvidas e auxilia no processo de aceitação das mudanças que ocorrerão neste período. Os esclarecimentos sobre a doença, ato cirúrgico e período pós-operatório facilitam no processo de aceitação e, conseqüentemente, no processo motivacional do paciente. Desta forma, torna-se importante que o psicólogo, ao atuar no pré-operatório, avalie o desejo do paciente e de seus familiares em serem ajudados no enfrentamento da doença e de suas conseqüências (SILVA; NAKATA, 2005, DEFINA; MASSIH; MAMEDE, 2004).

O psicólogo deve procurar proporcionar aos familiares um momento de expressão, considerando que eles serão o suporte principal do paciente no período em que antecede a internação, no período de hospitalização e no pós-operatório. É necessário dar lugar para suas angústias, visto que os familiares sentem desejo de ajudar e, muitas vezes, não sabem como auxiliar neste processo, o que gera sentimentos de culpa e impotência (DEFINA; MASSIH; MAMEDE, 2004; PEDROLO; ZAGO, 2002).

II – Metodologia

2.1 – Amostra

Foram analisados os registros de 16 pacientes diagnosticados com câncer de laringe e que seriam submetidos ao procedimento de laringectomia

total entre os anos de 2011 e 2013 que foram encaminhados ao Ambulatório de Psicologia de um Hospital Oncológico da Zona da Mata mineira. Destes pacientes, 11 são do sexo masculino e 5 do sexo feminino com idades entre 40 e 80 anos.

2.2 – Instrumento

Para coleta de dados, utilizaram-se os registros dos atendimentos realizados com os pacientes que estavam se preparando para se submeterem ao procedimento de laringectomia total. Esses registros foram disponibilizados pela psicóloga responsável pelo Setor de Psicologia de um Hospital Oncológico localizado em uma cidade da Zona da Mata mineira. Os textos resultantes desses registros foram submetidos à Análise do Discurso, de acordo com Rocha-Coutinho (1998), a partir das seguintes categorias: suporte para enfrentamento do processo de adoecimento e as consequências do processo de adoecimento.

A psicóloga também disponibilizou os resultados da aplicação do inventário BAI-Inventário de Ansiedade Beck (Beck Anxiety Inventory), que compõe um dos instrumentos das Escalas de Beck. Este inventário é constituído por 21 itens que descrevem os sintomas da ansiedade. Ele foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988. Os resultados obtidos, a partir da avaliação dos escores, podem ser classificados em quatro categorias relacionadas ao nível de ansiedade, sendo eles, nível mínimo que varia de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30, e, grave de 31 a 63 (CUNHA, 2001).

Nesta pesquisa, buscou-se mensurar o nível de ansiedade desses pacientes frente ao procedimento cirúrgico. Os resultados de sua aplicação foram apresentados juntamente com a categoria: as consequências do processo de adoecimento.

2.3 – Procedimento

O contato para realização da pesquisa foi feito com a psicóloga responsável pelo setor. Após apresentado o objetivo da pesquisa, ela assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e disponibilizou os registros dos atendimentos realizados com os pacientes que se submeteriam ao procedimento de laringectomia total, além dos resultados do inventário de BAI. Desta forma, iniciou-se a análise dos dados disponibilizados pela profissional.

III – Resultados e discussões

Na busca por uma melhor compreensão do impacto do diagnóstico de câncer e as consequências de seu adoecimento, definiram-se, ao realizar a

análise dos dados, duas categorias. A primeira destaca os mecanismos externos utilizados pelos pacientes no processo de enfrentamento da doença, enfatizando o apoio social e religioso como os principais suportes externos dos pacientes, e, a segunda categoria identifica as consequências e sentimentos associados ao processo de adoecimento e ao tratamento indicado.

3.1 – Suporte para enfrentamento do processo de adoecimento

O adoecimento com câncer passa a ser um evento estressante na vida do ser humano, já que pode incluir um tratamento doloroso e longas internações. Desta forma, é importante considerar que o paciente oncológico precisa desenvolver mecanismos para enfrentar esse momento.

Um dos mecanismos externos mais significativos para suporte neste período é o apoio social, em especial, no caso dos pacientes laringectomizados, já que necessitarão reestabelecer o convívio social, que será extremamente abalado durante o processo de adoecimento. A família tem sido considerada uma das maiores fontes de apoio para os pacientes, uma vez que ela ajuda-os a compreender suas angústias na luta contra a doença e os auxilia com formas de lidar e superar este momento (SILVA; ABRAHAO; RUDINICKI, 2009; PEDROLO; ZAGO, 2002).

Verificou-se a importância da família e dos amigos, nos registros realizados pela psicóloga responsável pelos atendimentos, que descrevem a fala do próprio paciente ou as anotações da percepção da profissional, como se pode observar nos trechos a seguir:

Meus filhos são tudo para mim, sem a ajuda deles não ia fazer este tratamento (Paciente 8).

Sem apoio dos 7 filhos, reside sozinho, mas descreve a importância da ajuda de um casal de amigos em seu período de tratamento (Paciente 2).

Em contrapartida, alguns pacientes demonstraram como é difícil lidar com o processo de adoecimento sem contar com o apoio de familiares e amigos o que pode ser observado na fala dos pacientes durante os atendimentos realizados pela profissional:

Sem apoio familiar, informa residir sozinho e Deus. “Me afastei dos amigos e só penso em ficar isolado. Já tinha me tratado e pensei que estava curado”. Enfatiza o seu medo perante o tratamento (Paciente 9).

Fala do medo da traqueostomia e do pós-operatório, pois não tem ninguém para ajudá-lo a se cuidar neste período (Paciente 8).

A religião também passa a ser outra forma de suporte utilizada pelo paciente oncológico no enfrentamento da doença. De acordo com Linard, Silva, S. e Silva, R. (2002), o paciente que se ampara em seus aspectos religiosos sente-se mais confortado, aceitando melhor seu adoecimento e facilitando na adesão ao tratamento. Percebe isso nas transcrições a seguir

Já fazendo uso da traqueostomia devido à dificuldade em respirar fala da importância que tem tido a sua fé, quando se refere ao uso da traqueostomia (Paciente 2).

Relata que nos momentos em que se sente triste a fé não deixa a tristeza perdurar (Paciente 5).

3.3 – As consequências do processo de adoecimento

O diagnóstico de câncer vem seguido de várias consequências, podendo ser um processo de hospitalização, submissão a um processo cirúrgico, às transformações pós-cirúrgicas e os sentimentos que permeiam todo o processo de adoecimento. Apresentaram-se, ao longo dessa categoria, essas consequências originadas do processo de adoecimento.

Em conformidade com Cosmo e Carvalho (2000), quando se refere ao adoecimento, muitas vezes, o paciente se depara com a necessidade de internação, que acaba se tornando um dos principais eventos estressores, pois a internação simboliza uma ruptura com sua história de vida, rotina e autonomia. Para alguns pacientes, este período pode ser gerador de medo e demarca uma separação com a família como se pode observar a seguir:

Relata o seu medo da cirurgia, o medo de morrer e deixar os filhos. Descreve o apego entre eles (Paciente 16).

Descreve sua preocupação com o trabalho, pois há um ano não realiza suas atividades (Paciente 1).

Inúmeros são os sentimentos que surgem na pessoa diante de um processo de internação e a possibilidade de se submeter a um procedimento cirúrgico. Um dos maiores sentimentos despertados ou agravados no paciente oncológico é a ansiedade. De acordo com Costa, Silva e Lima (2010), quando

o paciente se depara com uma situação que significa ameaça, a ansiedade surge. Ela pode servir para impulsioná-lo a buscar o tratamento visando uma rápida resolução do seu problema ou então paralisá-lo. Portanto se faz necessário que o psicólogo, ao avaliar o paciente em seu pré-operatório, estime a intensidade deste sentimento, considerando que a ansiedade em nível exagerado poderá levar, em alguns casos, à desistência do procedimento cirúrgico.

No caso específico do Hospital Oncológico em que foi desenvolvida a pesquisa, verificou-se que após a aplicação do Inventário de Beck (BAI) nos 16 pacientes, o maior nível de ansiedade apresentado por eles foi o de ansiedade moderada, sendo 9 (nove) casos. Cinco dos pacientes avaliados apresentaram nível de ansiedade mínima, dois apresentaram nível de ansiedade leve e nenhum paciente apresentou, no momento avaliado, nível de ansiedade grave conforme Gráfico 1.

Dos pacientes com ansiedade moderada, foi possível observar associações entre a ansiedade e o medo de morrer, ficar sozinho no hospital, falta de apoio dos familiares no pós-operatório, perda da voz e medo da dor, o que pode ser observado nas transcrições abaixo:

Conforme registro relata estar “afrita” para realizar o procedimento cirúrgico, se queixando das dores que está sentindo (Paciente 15).

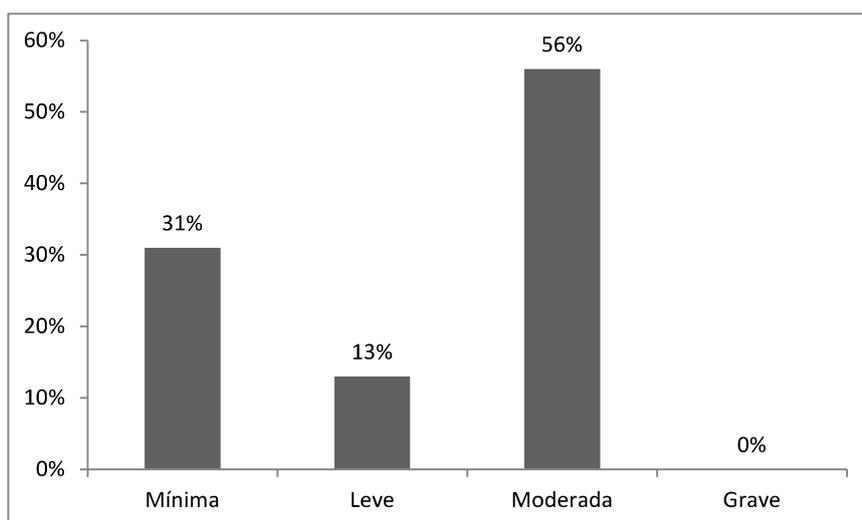
Trabalho em um balcão com a voz e sinto muita dor, a irritabilidade é certa (Paciente 7).

Ansioso fala de sua preocupação em como irá se comunicar após perder a voz (Paciente 11).

No caso dos pacientes com câncer de laringe, o processo de interação pode vir acompanhado de um procedimento cirúrgico, fato que gera muita ansiedade e outros sentimentos, já que eles podem ser submetidos à laringectomia parcial ou total, essa última causa consequências maiores, pois além de provocar mudanças na imagem do indivíduo como uso de traqueostomia, o paciente poderá se deparar com a perda da voz. Timby e Smith (2005) enfatizam que a perda da voz é vista como um dos maiores receios para o paciente, pois essa é uma situação carregada de preocupações e angústias vivenciada por eles.

O processo cirúrgico que acarreta na traqueostomia assim como o corte e a cicatriz rotulam e reforçam o estigma da sociedade em relação ao câncer. Isso acaba gerando impacto para os pacientes, que pontuaram seus sentimentos perante o uso da traqueostomia e das consequências da cirurgia

GRÁFICO 1 Níveis de ansiedade apresentados oelos pacientes oncológicos que se submeteriam ao procedimento cirúrgico de laringectomia total em um hospital oncológico localizado na Zona da Mata mineira



como exemplifica o relato de um paciente: “Já em uso da traqueostomia antes da cirurgia relata que ficou com vergonha quando colocou, hoje em dia não sente mais e fala da importância de sua fé (Paciente 2)”.

Em conformidade com Carmo e Carvalho (2010), a comunicação facilita o vínculo e a expressão dos afetos e dos sentimentos promovendo a interação entre os indivíduos. O relato de uma das pacientes revela sua preocupação com a adaptação ao pós-cirúrgico e principalmente com o processo de comunicação, ela sente medo por não ser compreendida pelas pessoas, já que perderá sua voz.

Relatou já ter realizado radioterapia e quimioterapia estando fazendo uso de traqueostomia, relata que ao saber da necessidade de cirurgia levou muito susto e ficou abatido, principalmente por perder a voz “dessa vez será mais complicado por não falar”. Relata o medo de não conseguir se expressar e não ser entendido (Paciente 11).

IV – Considerações finais

No diagnóstico de câncer é importante considerar o impacto causado pela notícia, que desencadeia sentimentos de medo, desesperança, ruptura com a rotina e, em muitos casos, da dinâmica familiar. Assim como o diagnóstico, seu tratamento é temido devido a sua agressividade e longa duração e bem como pelos estigmas sociais e culturais associados à doença.

Um procedimento cirúrgico em oncologia assusta, quando se reflete sobre as novas condições de vida que serão impostas aos pacientes como alteração na anatomia, longos períodos de internação e necessidade de enfrentamento de situações desconhecidas e geradoras de ansiedade. No caso do câncer de laringe, os procedimentos, em muitos casos, são dolorosos e até mesmo mutiladores, como por exemplo, para aqueles pacientes que terão que se submeterem a laringectomia total, que perderão a voz e terão que aprender a utilizarem a voz esofágica, em alguns casos será necessário se alimentarem através da sonda nasoenteral, conseqüentemente esses procedimentos auxiliarão numa distorção na imagem corporal, sentimentos de baixa estima, prejuízos na interação social, além de inúmeros sentimentos decorrentes do processo de adoecimento.

Diante de todos os impactos da doença, observa-se a importância da atuação do psicólogo para oferecer suporte, orientações, esclarecimento, auxiliar na compreensão do momento vivenciado e das mudanças que serão acarretadas com o tratamento. Considerando a família como uma das principais formas de apoio para o paciente oncológico, a atuação do psicólogo

também deve ser pautada no suporte a esses familiares, acolhendo suas angústias e os orientando sobre como oferecer apoio ao paciente no decorrer do tratamento.

Ao analisar os relatos dos pacientes, observam-se os sentimentos e expectativas associados ao processo de adoecimento, em especial, no enfrentamento do procedimento cirúrgico. Muitos deles destacaram a importância da família, dos amigos e da religiosidade como estratégias de enfrentamento e suporte nos momentos difíceis.

Sentimentos e questões surgem diante de um evento estressor como esse e eles foram apresentados pelos pacientes, entre eles, o medo da morte, da dor, da readaptação na inserção social e ansiedade. Esta foi destacada após a análise do inventário de Beck (BAI) aplicado na amostra de pacientes cuja maior parte apresentou o nível moderado de angústia, o que demanda atenção dos profissionais de saúde a fim de entender a relação entre os sentimentos oriundos do adoecimento e o seu nível de ansiedade, encontrando intervenções que possam diminuir esse estado.

A realização deste estudo contribuiu para melhor compreensão dos sentimentos desencadeados pelo paciente oncológico durante o seu processo de adoecimento. As formas de atuação do psicólogo destinadas ao paciente e seus familiares instiga a curiosidade em abordar novas questões envolvidas com o adoecimento pelo câncer, levando-se em consideração a grande incidência de novos casos e a alta mortalidade por câncer no Brasil e no mundo.

Referências

BARBOSA, L. N. F., FRANCISCO, A. L. Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. **Paidéia**, v. 21, n. 48, p. 73-81, jan./abr, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a09v21n48.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Prevalência de tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRENTANI, M. et al. **Bases da oncologia**. São Paulo, Editora Marina e Tecmed, 2003.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009.

CARMO, R; CUNHA, M. GHIRARDI, A. Voz e psiquismo: efeitos recíprocos em um paciente laringectomizado total. **Distúrbios Comunitários**, São Paulo, v. 22, n.1 p. 61-67, 2010. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/6966>>. Acesso em: mar. 2013.

CHAVES, A. D. et al. Limites na qualidade de vida em comunicação pós-laringectomia total. **International Archives of Otorhinolaryngology**, v. 16, n. 4, p. 482-491, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/iao/v16n4/09.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

CHRISTO, Z. M.; TRAESEL, E. S. Aspectos psicológicos do paciente oncológico e a atuação da psico-oncologia no hospital. **Revista Disciplinarum Scientia**. Serie: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 10, n. 1, p.75-87, 2009. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Artigos%202009%20CH/06.pdf>>. Acesso em: ago. 2012.

COSMO, M.; CARVALHO, J. W. A. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 27-30, 2000.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEFINA, A. P; MASSIH, D. A.; MAMEDE, R. C. M. Relato de Experiência da atuação da fonoaudiologia e da psicologia a pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 33, n.1, p.45-48, 2004. Disponível em: <<http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrscpp/article/view/100>>. Acesso em: nov. 2012.

FIGHERA, J; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, 2005.

HANNICKEL, S.; ZAGO, M. M. F.; BARBEIRA, C. B. S.; SAWADA, N. O. O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, p. 34-42, 2002. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

HORTENSE, F. T. P.; CARMAGNANI, M. I. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n.1, p. 24-30, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/04.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Quimioterapia perguntas e respostas**, s/d (b). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8e973c004eb686f794f896f11fae00ee/perguntas_qt.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8e973c004eb686f794f896f11fae00ee>. Acesso em: nov. 2012.

_____. **Radioterapia perguntas e respostas**, s/d (a). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/d028e6804eb686f9950497f11fae00ee/perguntas_rx.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d028e6804eb686f9950497f11fae00ee>. Acesso em: nov. 2012.

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

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas ao tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 493-498, 2002. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

MARCON, C.; LUNA, I. J. ; LISBÔA, M. L. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a04.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

MORENO, A.; LOPES, C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n.1, p. 81-92, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8145.pdf>>. Acesso em: mar. de 2013.

MOSTARDEIRO, S.; PEDRO, E. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v. 31, n.1, p. 100-107, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a14v31n1.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

NUCCI, N. A. G. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e

Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. 225f. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-27012004-222429/>>. Acesso em: maio 2013.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n.1, p. 49-56, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/artigo4.html>. Acesso em: jun. de 2013.

REGO, F. L. C.; COSTA, M. F. F.; ANDRADE, T. L. Implicações orgânicas e psicossociais decorrentes do câncer de laringe. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 1 p.115-120, 2011. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9915/5823>>. Acesso em: mar. 2013.

ROCHA-COUTINHO, M. L. A análise do discurso em psicologia: algumas questões, problemas e limites. In: SOUZA, L.; QUINTAL DE FREITAS, M. F.; RODRIGUES; M. M. P. (Orgs.) *Psicologia: reflexões (im) pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIM, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, v.18, n. 40, p. 372-384, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>>. Acesso em: jun. de 2013.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 20, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010286502005000700010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: mar. 2013.

SILVA, A.C.; ABRAHÃO, V.; RUDNICKI, T. A Inter-relação entre qualidade de vida e adequação social em laringectomizados. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2009.

SILVA, M.; CASTRO, E; CHEM, C. Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Universitas Psychologica*, Bogotá, Colômbia, v. 11, n.1, p. 13-23, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006>. Acesso em: jun. 2013.

SILVA, W.V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 6, p. 673-6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: nov. 2012.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 4. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

TENANI, A. C.; PINTO, M. H. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, v.14, n. 2, p 81-87, abr-jun 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

TIMBY, B. K; SMITH, N. E. *Enfermagem Médico Cirúrgico*. Editora Manole Ltda. São Paulo, 2005.

VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de uma cirurgia cardíaca. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, vol. 14, n.3, maio-junho, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf>. Acesso em: maio 2013.