

Reações Psicológicas do Paciente com Gastrostomia

Marly Montesano

UNITERMOS: *Gastrostomia. Psicologia e Cirurgia. Psicologia e Câncer.*
KEY WORDS: *Gastrostomy. Psychology and Surgery. Psychology and Cancer.*

RESUMO: Em vinte e cinco pacientes com gastrostomia foi verificado que os mesmos não entendem a gastrostomia como tratamento, não relacionam alimento líquido e valor nutritivo e não estão preparados para as subseqüentes alterações do esquema corporal e da vida familiar, após a gastrostomia. Assim a sonda passa a ser mais um elemento de "stress" na vida do paciente com câncer de esôfago.

Introdução

A gastrostomia permite uma alternativa predominantemente não-oral de alimentação e muitos são os pacientes, portadores de câncer de esôfago, que vivem desta forma. Lembrando que a boca desempenha um papel importante na vida do indivíduo, seja do ponto de vista das implicações psicológicas, seja do inter-relacionamento familiar, sexual e social, a desativação desse órgão gera alterações na vida do paciente muitas vezes insuperáveis para ele.

Para que este tipo de alimentação seja viável, é introduzida uma sonda no estômago (gastrostomia tipo Stamm)⁽¹⁾ e é necessário que haja aceitação física e psicológica da mesma. Com tratamento subseqüente (como a radioterapia, por exemplo), o paciente pode voltar a se alimentar por via oral, completa ou parcialmente, com ou sem retirada da sonda. O alimento, sob forma líquida, é introduzido na sonda pelo próprio paciente ou por outra pessoa, em intervalos regulares de duas horas. Após a saída do hospital, o preparo e a administração do alimento ficarão por conta do paciente, dependendo de suas condições físicas e psicológicas.

Método

Foram estudados vinte e cinco pacientes, portadores de carcinoma espino-celular de terço inferior de esôfago, no período entre dezembro de 1980 e julho de 1981. Os pacientes foram entrevistados pelo menos três vezes: uma antes da gastrostomia e duas depois da cirurgia (uma no pós-operatório imediato e outra com o paciente já de alta ou com pelo menos um mês de evolução); para a maioria foram feitas mais de três entrevistas. Durando de trinta a sessenta minutos cada uma, as entrevistas foram no ambulatório ou na enfermaria, muitas vezes na presença de outros pacientes. A fim de se obter dados relativos às condições psicológicas do paciente durante a evolução da doença e do tratamento, além de informações sobre antecedentes pessoais e familiares, as entrevistas foram semi-estruturadas. De um modo geral, não foram usados dados fornecidos pela equipe de saúde ou pelos familiares.

Nas tabelas em anexo, dados referentes a sexo e faixa etária (Tabela 1) e tempo decorrido entre a cirurgia e o óbito (Tabela 2).

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A. C. Camargo — Instituto Central da Fundação Antônio Prudente, São Paulo.
Médica Psiquiatra, Titular-adjunta do Departamento de Medicina do Hospital A. C. Camargo — Instituto Central da Fundação Antônio Prudente.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes por sexo e faixa etária

Número de pacientes	Sexo	Faixa etária (em anos)
21	M	37 a 84
4	F	48 a 79

TABELA 2

Distribuição dos pacientes em função do tempo decorrido até o óbito, após a cirurgia

Número de pacientes	Tempo entre a cirurgia e o óbito
2	até 15 dias
7	até 2 meses
5	até 6 meses
5	até 10 meses
1	até 12 meses
2	transferidos
3	não voltaram

Objetivos

O trabalho foi realizado com a finalidade de:

- 1) determinar o que o paciente entendia por gastrostomia antes e depois da mesma;
- 2) determinar a aceitação da gastrostomia pelo paciente e, através dele, as reações de seus familiares ou de seu meio ambiente, englobando seus preconceitos;
- 3) estabelecer, se possível, qual a melhor forma de prepará-lo para este tipo de cirurgia e como ajudá-lo na sua adaptação hospitalar/extra-hospitalar, ou seja, como ajudá-lo a viver de forma razoável entre a cirurgia e o óbito.

Evolução do trabalho

De um modo geral, todos os pacientes mostraram-se colaboradores, receptivos às entrevistas, falando de forma coerente da doença e da sua vida, principalmente aqueles naturalmente extrovertidos, demonstraram sentir a falta de uma pessoa com quem pudessem conversar mais demoradamente sobre sua doença e seus medos, inseguranças e esperanças. Nenhum deles se referiu à própria doença como câncer, embora a palavra tumor fosse usada por alguns; parecia constante o medo de ter destruída a esperança de cura.

No pré-operatório todos esperavam muito do tratamento cirúrgico, embora não parecessem entender no que ele consistiria. No pós-operatório imediato, a sonda foi considerada uma "não-cirurgia" e um provável tratamento intermediário. Muitos justificavam isso dizendo não terem sido operados por estarem muito fracos.

Os pacientes se sentiam enfraquecidos pela falta de alimento, mesmo quando já com a gastrostomia e com alimentação regular e balanceada cada duas horas. Não associavam a fraqueza com a doença ou com a cirurgia, mas com o conceito popular de que "alimento líquido não alimenta", o que era traduzido por expressões como "só me dão leite" ou "como posso ficar forte se não como feijão?". Os que chegaram ao hospital quase sem poderem se alimentar, aceitavam melhor a gastrostomia; os que ainda conseguiam se alimentar, mesmo pouco ou com dificuldade, rejeitavam-na com mais veemência. Para a maioria dos pacientes havia interesse em cirurgia posterior.

Além do tratamento e da alimentação em si, a aceitação psicológica da sonda foi muito difícil (só em dois casos houve rejeição física). Nem os pacientes nem os familiares aceitavam a sonda. Uma das pacientes vivia com a mãe, sendo ambas viúvas e dando-se bem. Depois da gastrostomia, a mãe não permitia mais que a filha se sentasse à mesa com ela; por outro lado, toda vez que a paciente ia se alimentar, a mãe saía da casa, pois não aguentava "ver aquilo", isto é, a alimentação pela sonda. Outro paciente sentia a gastrostomia como algo vergonhoso, "como se tivesse levado uma facada" e não mais aceitava convites para ir à casa de familiares ou conhecidos, mesmo no período em que estava bem, pois precisava "ir lá dentro comer".

Quando a vida familiar era melhor estruturada e dependia mais da atuação do paciente, a adaptação extra-hospitalar era pior. Um dos pacientes, homem ativo e considerado enérgico pela família, reinternou quatro dias após a alta: em casa recusou-se a se alimentar pela gastrostomia, ficou desnutrido, vindo a falecer dez dias após a cirurgia.

Em quase 90% dos casos os pacientes eram etilistas e tabagistas inveterados, de início precoce na vida (sem diferença de sexo) e revelando, em termos de personalidade, grande oralidade e dependência. Estes pacientes, que no período anterior à doença conseguiam alívio de suas tensões ou satisfação de suas necessidades psicológicas básicas através de meios orais (não só no sentido de ingestão de alimentos mas como forma de expressar dependência), com a doença e posteriormente com a gastrostomia, deixaram de ter a boca como elemento de equilíbrio psicológico. Muitos pacientes se recusavam a ter alta, pois alegavam que no hospital "cuidam de mim". Outros mostravam essa dependência exigindo dos familiares companhia e cuidados constantes, mesmo quando não necessitavam. Uma certa agressividade permeava os relacionamentos interpessoais.

A mudança do esquema corporal também era um problema sério, acrescido à impossibilidade de fumar ou beber, por ordem médica. Embora na maior parte do tempo e para a maioria dos pacientes a sonda não fosse visível, eles tinham constantemente a noção da sua existência; era algo novo que os fazia sentir-se diferentes. Isto gerava dificuldades.

principalmente em relação ao cônjuge ou companheiro, associadas a idéias de culpa e vergonha.

Só um paciente não conseguiu aceitar de forma alguma (negação total) a gastrostomia; ele referia não ter sonda, não estar se alimentando por ela e estar no hospital esperando a cirurgia. Este paciente, quando de alta, não voltou mais ao hospital para as reavaliações necessárias.

Observou-se que começava a haver uma certa aceitação da gastrostomia, a partir do momento em que o paciente melhorava e podia se alimentar por via oral, pelo menos em parte; quando a finalidade da sonda passava a ser explicada como um elemento de segurança para qualquer eventualidade e era informado da possibilidade da retirada posterior da sonda.

Conclusões

De acordo com os vinte e cinco pacientes entrevistados, podemos concluir:

- 1) a gastrostomia não é entendida como um tratamento;
- 2) os pacientes não conseguem relacionar alimento líquido e valor nutritivo;
- 3) a gastrostomia determina alterações da estrutura corporal e na vida extra-hospitalar para as quais os pacientes não estão preparados e
- 4) a gastrostomia desencadeia um desequilíbrio no preenchimento das necessidades psicológicas básicas do paciente.

Comentários

- 1) A adaptação à gastrostomia dependeria não só de uma melhor preparação do paciente e da família para este tipo de tratamento, mas também de suas condições pregressas (familiares, psicológicas, etc) e de seus preconceitos.

- 2) Considerando que o tempo útil de vida do paciente entre a cirurgia e o óbito é pequeno, a sonda passa a ser um fator a mais de "stress" e de desestruturação da vida do mesmo.
- 3) A mudança do esquema corporal gera ansiedade e vergonha. O paciente nem aceita nem entende suas limitações e deixa de usufruir o que poderia de tal situação.

Sugestões

- 1) Melhorar o preparo do paciente e da família para a gastrostomia através de entrevistas individuais ou grupos;
- 2) Organizar grupos dos quais participariam pacientes nas mesmas condições com a finalidade de se ajudarem através da troca de esperanças, dúvidas e experiências.
- 3) Melhorar o entrosamento da equipe de saúde com o paciente, para que este se sinta apoiado e protegido, preenchendo em parte algumas de suas necessidades básicas.

SUMMARY

In twenty-five patients with gastrostomy it was observed that the patients didn't realize the "stomia" like a treatment; didn't understand the nutritional value of the liquid diet and weren't prepared to the transformations of theirs life and body. The "stomia" was one more stress in patient's life.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Normando de Bellis, que sempre estimulou meu trabalho no Hospital A. C. Camargo e ao Dr. Antonio Pedro Mirra.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ZOLLINGER, R. M. & ZOLLINGER JUNIOR, R. M. — Gastrostomia (prancha IX). In: Atlas de cirurgia. 4 ed. São Paulo, Artes Medicas, 1977. p. 30.