

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA O TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER

Psychology contributions on the treatment and rehabilitation of cancer patients

ANNA ELISA DE VILLEMOR AMARAL GÜNTERT*

Este trabalho apresenta uma visão geral das possibilidades de atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer. Após um breve histórico, descreve os principais problemas vivenciados pelo paciente. Baseado em uma pesquisa, traz dados específicos sobre o paciente de cabeça e pescoço e propõe finalmente algumas fontes de intervenção.

Unitermos: Psicologia - reabilitação - câncer.
Keywords: Psychology - rehabilitation - cancer.

* Professora Assistente Mestre - Faculdade de Psicologia PUC SP.

Introdução

A ocorrência de um tumor no organismo acarreta implicações bastante amplas no corpo e na vida de uma pessoa. O paciente com câncer necessita de um atendimento amplo, e muitos são os profissionais que se envolvem em seu tratamento, principalmente hoje, quando reabilitação e qualidade de vida são fatores bastante considerados. Juntamente com as diversas especialidades médicas envolvidas em um tratamento, que variam conforme a localização do tumor e o tipo de tratamento indicado para cada caso, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos compõem equipes multiprofissionais que atuam nos centros mais modernos de tratamento. No entanto, ainda hoje são muitas as instituições que não contam com essas equipes trabalhando de maneira integrada.

Breve histórico

A psicologia vem sendo reconhecida cada vez mais na

Endereço para correspondência: R. Alves Guimarães, 436 - CEP 05410-000 - Jd. América - São Paulo - SP.

prática médica, mas nem sempre tem ocupado o lugar que deveria nas instituições de saúde. Tal fato encontra em parte explicação no desenvolvimento das idéias na história da medicina.

Embora os médicos da Antigüidade reconhecessem a estreita relação entre os fenômenos da mente e os do corpo, a visão sobre as doenças teve seu foco completamente modificado a partir das idéias de René Descartes, no século 17.

Se na antigüidade médicos como Hipócrates e outros acreditavam que o que se passava na mente influenciava o que se passava no corpo e vice-versa, o pensamento cartesiano trouxe mudanças importantes quando propôs que corpo e mente - *res extensa* e *res cogitans*, respectivamente - são de natureza distintas, devendo ser estudados através de metodologia própria. Todo desenvolvimento da Medicina ficou assim influenciado. Além disso, com o passar dos anos e com os avanços científicos e tecnológicos, ocorreu de forma cada vez mais intensa a busca de uma etiologia específica, claramente identificável, para cada doença, o que também contribuiu bastante para um reducionismo e a gradativa compartimentação das mais diversas especialidades em detrimento de uma visão mais holística (de todo) do homem.

Foi apenas na transição do século passado para este que, na origem da psicanálise, com os estudos de Charcot, e mais precisamente de Freud sobre a histeria, se retomou a visão sobre a estreita relação entre os fenômenos físicos e psíquicos, visão perdida nos séculos anteriores. Com as descobertas da psicanálise, demonstrou-se que emoções e afetos, ligados a experiências passadas e mal elaboradas, poderiam dar origem à formação de sintomas físicos, como é o caso das paralisias histéricas.

Ainda assim, as noções da psicossomática custaram muito a ser assimiladas, e só foram ganhar um novo impulso bastante recentemente, com os avanços dos estudos sobre o sistema imunológico (Carvalho 1992). Paradoxalmente, portanto, a tentativa de compreensão cada vez mais precisa da origem e desenvolvimento das doenças, que levou a tantas especializações, entre elas a imunologia, acabou por trazer de volta o enfoque multifatorial. Isto porque provou-se que o sistema imunológico, dentro do organismo, inter-relaciona-se com outros sistemas e pode ter seu funcionamento influenciado por fatores emocionais.

Com isso, as bases científicas daquilo que intuitivamente era proposto pelos médicos da antigüidade foram finalmente reveladas, mas ainda assim a integração desses fenômenos, até então observados separadamente, na prática nem sempre ocorre. Tanto os profissionais que se dedicam a um quanto os que se dedicam a outro pólo do binômio corpo e mente custam a encontrar um equilíbrio em suas atuações.

Aspectos psicossomáticos e o câncer

A partir da década de 50 registram-se os primeiros trabalhos que procuram compreender o câncer à luz de uma dinâmica multifatorial identificando-se duas correntes: a dos estudos que abordam o problema pelo ângulo dos aspectos emocionais preexistentes ao desenvolvimento do câncer e que contribuíram para o seu aparecimento, ou a outra que aborda questões relativas ao impacto da doença após sua constatação e durante o tratamento e reabilitação.

A questão relativa aos aspectos preexistentes é polêmica. A literatura a respeito coloca que situações de muito estresse, perdas significativas, abalos emocionais muito grandes estão na raiz de formações cancerosas na história de alguns pacientes.

Há também estudos interessantes que constatarem que a localização do tumor em determinadas áreas do corpo pode obedecer a um critério de escolha de órgão para adoecer. Existem investigações que mostram que determinadas pessoas estão mais propensas a desenvolver doenças em determinadas partes do corpo do que outras, devido ao simbolismo individual ou cultural atribuído àquela parte e às características psicológicas destas pessoas. Segundo Bahnson (1982), os fatores que determinam a escolha de um órgão para o desenvolvimento de um câncer seriam: 1 - aspectos culturais relativos à imagem de um órgão; 2 - suas características funcionais; 3 - experiências psicofisiológicas subjetivas de emoções e afetos; 4 - efeitos fisiológicos secundários decorrentes de repetitivos e persistentes modos de reação; 5 - uma "tradução" de relações psicológicas do sujeito com seus objetos em relações entre seu self e seu sistema fisiológico.

Mas, se por um lado fica provado que perturbações emocionais prejudicam o bom funcionamento do sistema imunológico, e determinada parte do corpo fica mais suscetível que outras para adoecer, por outro é muito difícil comprovar a existência de uma relação temporal entre os estímulos do meio, o sentido que lhes é dado e o início da doença. É praticamente impossível detectar essa coincidência temporal no caso do câncer, já que ele tem seu início imperceptível e ritmo de evolução variável de pessoa para pessoa (Breitbart e Holland, 1988).

De qualquer maneira, foram realizados numerosos trabalhos que demonstram um perfil mais ou menos típico dos doentes de câncer, assim como apontam características mais ou menos favoráveis para evolução do tratamento.

Há uma concordância geral entre os que estudam o assunto de que a maneira de uma pessoa lidar com as situações de estresse tem a ver com o desenvolvimento do câncer. Ou seja, não é que uma situação de estresse provoque o câncer, mas sim que a dificuldade do indivíduo em lidar com os proble-

mas pode dar origem a alterações dessa ordem. No âmbito dessas dificuldades, a repressão emocional tem papel importante. Pessoas apaziguadoras, não afirmativas, pacientes, evitadoras de conflitos, com baixa expressividade das emoções e particularmente da raiva, submissas e apresentando resposta defensiva ao estresse, constituem o tipo de personalidade característico do paciente com câncer, conforme demonstram inúmeras pesquisas.

Diante disso, mesmo sem considerar que certas características de personalidade tenham ou não contribuído para o aparecimento da doença, estes estudos demonstram que obviamente as reações que os doentes terão à doença, ao tratamento ou à reabilitação dependem largamente de suas características de personalidade. É fato observável, por exemplo, que, ao contrário do que se poderia supor, o paciente "bonzinho" não é geralmente o que melhor se recupera, ficando em vantagem aqueles mais "briguentos" e reivindicadores, justamente os que dão mais trabalho para a equipe de tratamento.

Assim, outra vertente de trabalhos e pesquisas centra-se nos problemas psicológicos vividos pelos pacientes durante o tratamento e reabilitação. Complicações tais como sobrecarga de ansiedade e depressão são descritas com grande frequência e expressam-se como sentimentos de desamparo, medo, raiva, isolamento e solidão. Mas, além disso, dependendo da localização do tumor, do tipo de tratamento indicado e das seqüelas subseqüentes, observam-se conseqüências variáveis.

Questões específicas ao câncer de cabeça e pescoço

O paciente com câncer de cabeça e pescoço lida com dificuldades específicas a essa área, além daquelas comuns a qualquer doente de câncer.

A região da cabeça e pescoço concentra os principais órgãos da percepção e da comunicação, e é grande o investimento afetivo a ela dirigido. Sua integridade é fundamental tanto para a auto-imagem como para o relacionamento interpessoal. Sendo assim, mutilações nessa região costumam ser mais traumáticas do que mutilações sofridas em qualquer outra parte do corpo, provocando efeitos psicológicos muito significativos.

Existem dois parâmetros para se avaliar as conseqüências de tumores e intervenções cirúrgicas da cabeça e pescoço: o desfiguramento e a disfunção. *Dropkin* (In: *Breitbart e Holland*, 1988) elaborou uma escala e demonstrou que quanto mais severa for a perda estrutural ou funcional, mais lenta será a recuperação, mais prolongado será o isolamento social, menor a auto-estima e mais severa a depressão (figura 1).

Como se pode observar nessa escala, variam as intensida-

des das conseqüências psicológicas vividas, e se a equipe que assiste o paciente estiver atenta a isso poderá planejar melhor os cuidados que lhe serão dispensados.

Do ponto de vista do desfiguramento, quanto maior a extensão da mutilação mais traumático será o seu efeito, como é o caso da excisão orbital com maxilectomia radical. Do ponto de vista funcional, a afonia é considerada a alteração mais severa e a mais traumática das perdas. Decorrente da laringectomia radical, tem uma frequência grande, principalmente no Brasil, onde a incidência de câncer de laringe é uma das maiores do mundo.

A voz é fundamental para a comunicação de idéias e de emoções, mas é também fator importante na formação da identidade de cada um. Todos nós temos uma voz que é única e que transmite algo sobre nossa personalidade. Reconhecemos uns aos outros pelo som de nossas vozes, e captamos muito mais sobre o estado emocional de cada um através daquilo que é transmitido pela sonoridade da fala do que pelas palavras. Ficar privado desse tipo de expressão, e também dos sons do riso e do choro, entre outros, significa para muitos uma mudança radical demais na identidade, que vai muito além das dificuldades de comunicação verbal. A aquisição da fonação por via esofágica contribui bastante para a reintegração social e familiar do laringectomizado, mas, sendo de qualidade vocal muito diferente, não substitui completamente a antiga voz e provoca estranheza tanto para quem emite quanto para quem ouve.

Uma pesquisa com pacientes laringectomizados (*Güntert*, 1990) demonstrou que a ablação da laringe provoca ainda alterações significativas na imagem corporal, que é resultado de uma combinação da noção que a pessoa tem de si mesma associada às vivências afetivas em relação às partes de seu próprio corpo. Portanto, não é apenas física mas também psicológica. É uma unidade dinâmica que pode ser modificada conforme alterações ocorridas no corpo, desde que estas sejam acompanhadas de vivências emocionais importantes.

Nos desenhos da figura humana realizados por esses pacientes (está demonstrado que nos desenhos fica registrada a imagem corporal daquele que desenha, conforme atestam inúmeros autores, destacando-se entre eles *Hammer* (1989). Há porém necessidade de especialização em técnica de avaliação de testes gráficos para uma correta interpretação), surgiram distorções bastante acentuadas na área da cabeça e pescoço, tais como modificações da forma, rasuras, deslocamentos ou omissões de partes, especialmente no nariz, boca e pescoço. Esses resultados demonstram como o deslocamento da respiração do nariz para o traqueostoma, a perda da fala ou a perda do sentido do olfato atingem a imagem corporal e ficam inevitavelmente registrados nas produções gráficas, sem que as pessoas tenham a intenção consciente de fazê-lo.

Assim, identidade e imagem corporal são profundamente afetadas, necessitando o paciente ser assistido quanto a esses problemas.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito ao consumo de álcool e cigarro, cuja incidência é alta entre portadores de câncer de cabeça e pescoço. Se álcool e fumo são fatores importantes na etiologia desse tipo de câncer, por serem substâncias tóxicas e irritativas, os aspectos emocionais que levam ao seu consumo também o são. O alcoólatra, por exemplo, possui dificuldades pessoais que conduzem ao consumo exagerado do álcool, entre elas a referida dificuldade de lidar com o estresse por problemas de insegurança, excessiva dependência em relação aos outros e até mesmo a repressão emocional, que faz com que o paciente necessite da influência desinibidora do álcool para poder se expressar mais livremente.

Todos esses fatores emocionais presentes na vida do indivíduo que adoece influenciam no sucesso do tratamento e da reabilitação e exigem cuidados mais abrangentes, que devem ser iniciados preferencialmente desde o momento do diagnóstico, quando surgem as primeiras dificuldades psicológicas decorrentes do aumento da ansiedade e da necessidade de mudanças de hábitos e replanejamento de vida.

Possibilidades de intervenção

Embora não seja possível enumerar todas as experiências de intervenção psicológica aplicáveis nessa situação, e nem é propósito desse capítulo explicar detalhadamente algumas delas, é importante registrar que atendimento em grupos de psicoterapia, grupos de auto-ajuda, relaxamento e visualizações (Simonton e Simonton, 1987) sempre com orientação de psicólogos e psiquiatras têm obtido resultados surpreendentes, aumentando bastante a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes (Carvalho, 1992).

Grupos de pacientes que se reúnem com regularidade para falar de suas dificuldades e trocar experiências facilitam a comunicação entre seus membros e criam uma rede de apoio e segurança favorável à reabilitação. Atendimentos individuais podem também ser necessários, principalmente nos casos mais graves, tais como os distúrbios psicóticos, que não devem ser incluídos em um grupo, mas é o trabalho em grupo que tem sido relatado com maior frequência na literatura especializada e alcançado bastante sucesso.

Qualquer método de terapia, orientação ou apoio deve fundamentalmente ajudar o paciente a lidar com suas emoções, identificar suas necessidades existenciais, buscar maneiras novas e mais eficazes de lidar com o estresse e despertar em si mesmo a noção de que ele participa dos processos de doença e cura. Os objetivos principais estão não só em

Figura 1 - Escala de Dropkin de desfiguramento e disfunção

A. Desfiguramento	
MENOR	1. Esvaziamento cervical radical 2. Reparação da face com retalho 3. Parotidectomia total com comprometimento do nervo facial
MODERADA	4. Laringectomia total 5. Esvaziamento cervical radical bilateral 6. Excisão orbital 7. Hemimandibulectomia com esvaziamento cervical radical
SEVERA	8. Amputação nasal 9. Mandibulectomia anterior parcial 10. Mandibulectomia segmentar com esvaziamento cervical radical 11. Excisão orbital com maxilectomia radical
B. Disfunção	
MENOR	1. Perda do olfato 2. Perda unilateral da audição
MODERADA	3. Dificuldade de mastigação 4. Diminuição da fala 5. Perda unilateral da visão 6. Perda do controle da salivação 7. Dificuldade de deglutição
SEVERA	8. Afonia

permitir que o paciente discuta e reflita sobre seus temores e sentimentos de perda ou morte, mas principalmente em enfatizar a vida e fazer o melhor com o tempo que lhe resta. (Heuillet-Martin e Lieutier, 1985).

Poder identificar os benefícios secundários da doença (Carvalho, 1992) ou seja, as vantagens que a doença pode eventualmente trazer para uma pessoa que, caso contrário, em perfeita saúde, não se sentiria autorizada a receber cuidados e atenções desejadas, também contribui para uma melhor aceitação do tratamento e para evitar que o paciente crie, mesmo sem se dar conta disso, barreiras e obstáculos para uma boa recuperação. Ele deve ser auxiliado a buscar meios de obter os ganhos desejados de outra forma mais positiva para si mesmo e para os outros. Para concluir, é importante ressaltar que a equipe médica que cuida do paciente está bastante envolvida com suas atribuições e não tem a especialização necessária para lidar com as necessidades emocionais do

paciente, necessitando da participação de psicólogos e psiquiatras dentro de sua equipe. Mas, além disso, a ajuda do profissional de psicologia é também importante junto a essa equipe de profissionais (Kovács, 1992), no sentido de ajudá-

la a enfrentar suas próprias dificuldades na pesada tarefa diária de tratar de pacientes que vivenciam grande sofrimento físico e psicológico, o que, sem dúvida, demanda um preparo especial.

Summary

This work brings a general view of several possibilities of a psychologist's participation in a treatment of a patient who has cancer. After a short historic report it describes the mainly psychological problems among this patients and exposes the specific data about head and neck patient, founded is a research. Finally some ways of intervention are presented.

Referências bibliográficas

- 1 - BAHNSON, C. B. - *Psychosomatic issues in cancer*. In: Gallon ed. - The psychosomatic aproach to illness. North Holland, Elsevier, p.224, 1982.
- 2 - BEHLAU, M. S. & ZIEMER, R. - *Reabilitação foniátrica do laringectomizado*. In: Brandão, L.G. & Ferraz, A. R. - Cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo, Roca, p. 371-82, 1989.
- 3 - BREITBART, W. & HOLLAND, J. - *Psychosocial aspects of head and neck cancer*. Sem Oncol, 15:61-9, 1988.
- 4 - CARVALHO, V. A. - *Atendimento psicossocial a pacientes de câncer: relato de uma experiência*. In: Kovács, M. J. - Morte e desenvolvimento humano. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 205-25, 1992.
- 5 - GÜNTERT, A. E. V. A. - *Pacientes laringectomizados: avaliação psicológica através das provas H.T.P., Pfister e Rorhach*. São Paulo, 97p. (Tese Mestrado - Escola Paulista de Medicina), 1990.
- 6 - HAMMER, E. F. - *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 500p, 1989.
- 7 - HARRIS, L. L.; VOGTSBERGER, K. N. & MATOX, D. E. - *Group psychoterapy for head and neck cancer patients*. Laryngoscope, 95: 585-7, 1985.
- 8 - HEUILLET-MARTIN, G. & LIEUTIER, A. - *Intérêt d'une intervention psychotérique spécialisée chez les laryngectomisés*. Rev Laringol, 103:309-12, 1982.
- 9 - KOVÁCS, M. J. - *Profissionais de saúde diante da morte*. In: Morte e desenvolvimento humano. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 227-43, 1992.
- 10 - RAZAVI, D. & DELVAUX, N. - *Aspects psychologiques associés au diagnostic et traitement des affections cancéreuses*. Acta Psychiat Belg, 88: 60-79, 1988.
- 11 - REDD, W. H. & JACOBSEN, P. B. - *Emotions and cancer: new perspectives on an old question*. Cancer, 62:1871, 1988.
- 12 - SIMONTON, C. O; SIMONTON, S.M. & CREIGHTON, J. L. - *Com a vida de novo*. São Paulo, Summus, 238p, 1987.