

O OLHAR DA PSICOLOGIA SOBRE A SUBJETIVIDADE NA VIVÊNCIA DA DOR ONCOLÓGICA***THE VIEW OF PSYCHOLOGY ON SUBJECTIVITY IN THE EXPERIENCE OF CANCER PAIN******LA MIRADA DE LA PSICOLOGÍA SOBRE LA SUBJETIVIDAD EN LA VIVENCIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO***

Sidney dos Santos Ozanik¹
Andréa Frizo de Carvalho Barbosa²

Resumo: Atualmente, o conceito biopsicossocial da dor é amplamente aceito, pois de fato a dor pode envolver uma complexa combinação de disfunções físicas, crenças, estratégias de enfrentamento, evolução da doença e as interações sociais do doente. Entre as imensuráveis formas que a dor se manifesta na vida de uma pessoa, o câncer é uma das doenças que englobam a dor em praticamente todos os seus sentidos. Este estudo teve como objetivo compreender e refletir sobre a subjetividade na dor oncológica e proporcionar ao paciente, por meio de atendimento psicoterápico domiciliar, uma melhor qualidade de vida. Foi desenvolvido em parceria com a Associação de Voluntários de Apoio ao Paciente de Câncer, local onde foram identificados os pacientes atendidos. Após o contato e orientações, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O atendimento terapêutico foi realizado no domicílio de três pacientes, quinzenalmente, com duração média de uma hora para cada membro assistido (paciente e cuidador). Foram realizados oito atendimentos com cada participante. Eles foram descritos após cada sessão e, posteriormente, analisados qualitativamente pela ótica fenomenológica existencial. Notaram-se a partir dos registros algumas dificuldades para o desenvolvimento do atendimento domiciliar e também que, existencialmente, a doença impõe ao indivíduo dificuldades para poder-ser, ou seja, para projetar-se no futuro, estando a sua liberdade perdida na enfermidade. Assim, o acompanhamento psicológico na ótica fenomenológica existencial tem um papel fundamental para o indivíduo que se encontra restrito em suas possibilidades, já que pretende auxiliá-lo na ressignificação da vida e no abrir-se para as possibilidades ainda presentes.

Descritores: Psicologia. Dor. Subjetividade da Dor. Dor Oncológica. Fenomenologia Existencial.

¹Graduação em Psicologia. Faculdades de Dracena – UNIFADRA, Dracena, São Paulo, Brasil.

²Docente do Departamento Psicologia, Faculdades de Dracena – UNIFADRA, Dracena, SP, Brasil. Mestre em Psicologia, USP. São Paulo Brasil. E-mail: andreafrizo@ig.com.br

Abstract: *Currently, the biopsychosocial concept of pain is widely accepted, because in fact the pain can involve a complex combination of physical dysfunctions, beliefs, coping strategies, disease evolution and the social interactions of the patient. Among the immeasurable forms that the pain manifests itself in a person's life, cancer is one of the diseases that involve pain in practically all its senses. This study aimed to understand and reflect on the subjectivity in cancer pain and to provide the patient, through home psychotherapeutic care, a better quality of life. It was developed in partnership with the Association of Cancer Patient Support Volunteers, where patients that were attended were identified. After the contact and guidelines, everybody signed the Term of Free and Informed Consent. The therapeutic care was performed at the home of three patients, every fifteen days, with an average duration of one hour for each assisted member (patient and caregiver). Eight meetings were performed with each patient. They were described after each session and later qualitatively analyzed by the existential phenomenological optics. It was noted from the records some difficulties for the development of home care and also that existentially, the disease imposes on the individual difficulties to be able to be, that means, to project him/herself in the future, being his/her freedom lost in the illness. Then, the psychological accompaniment in the existential phenomenological optics has a fundamental role for the individual who is restricted in his/her possibilities, since it is intended to help him/her in the resignification of life and to open him/herself to the possibilities that are still present.*

Descriptors: *Psychology. Pain. Subjectivity of Pain. Oncological Pain. Existential Phenomenology.*

Resumen: *En la actualidad, el concepto biopsicosocial del dolor es ampliamente aceptado, pues de hecho el dolor puede involucrar una compleja combinación de disfunciones físicas, creencias, estrategias de enfrentamiento, evolución de la enfermedad y las interacciones sociales del paciente. Entre las inmensurables formas que el dolor se manifiesta en la vida de una persona, el cáncer es una de las enfermedades que engloban el dolor en prácticamente todos sus sentidos. Este estudio tuvo como objetivo comprender y reflexionar sobre la subjetividad en el dolor oncológico y proporcionar al paciente, a través de atención psicoterápica domiciliar, una mejor calidad de vida. Se desarrolló junto con la Asociación de Voluntarios de Apoyo al Paciente de Cáncer, ubicación donde fueron identificados los pacientes atendidos. Después del contacto y orientaciones, todos firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. La atención terapéutica se realizó en el domicilio de tres pacientes, quincenalmente, con una duración media de una hora para cada miembro asistido (paciente y cuidador). Fueron realizados ocho atenciones con cada participante. Ellos fueron descritos después de cada sesión y posteriormente analizados cualitativamente por la óptica fenomenológica existencial. Se notó a partir de los registros algunas dificultades para el desarrollo de la atención domiciliar y también que existencialmente, la enfermedad impone al individuo dificultades para poder ser, o sea, para proyectarse en el futuro, estando su libertad perdida en la enfermedad. Así, el acompañamiento psicológico en la óptica fenomenológica existencial tiene un papel fundamental para el individuo que se*

encuentra restringido en sus posibilidades, ya que pretende auxiliarlo en la resignificación de la vida y en el abrirse hacia las posibilidades aún presentes.

Descritores: *Psicología. Dolor. Subjetividad del Dolor. Dolor oncológico. Fenomenología Existencial.*

INTRODUÇÃO

A dor e o câncer

A palavra dor pode ser interpretada de inúmeras formas, assim como a sensação de dor pode ser sentida de infindas maneiras, por seu caráter subjetivo, sua significação abrangente envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e comportamentais. Assim, por mais que se tente descrever a dor envolvendo todos os seus sentidos, dificilmente a “dor” em si pode ser teorizada, ou seja, pode-se formular um conjunto de hipóteses na tentativa de compreensão deste fenômeno ou ocorrência (MICELI, 2002; KOVÁCS, 2009; ANGERAMI, 2013).

A dor historicamente foi ligada a algo místico ou religioso, sempre esteve atrelada ao sofrimento e estes tidos como castigos merecidos pela falta de obediência aos deuses ou martírios necessários para a purificação e salvação espiritual. Tais crenças convivem no imaginário coletivo até os dias atuais, assim sendo, pessoas que estão passando por algum tipo de dor ou sofrimento se questionam sobre o que fizeram de errado para merecer isso, procurando assim uma justificativa para compreender o porquê da dor (MICELI, 2002).

“Atualmente, o conceito biopsicossocial da dor é amplamente aceito, pois de fato a dor pode envolver uma complexa combinação de disfunções físicas, crenças, estratégias de enfrentamento, evolução da doença e as interações sociais do doente” (OLIVEIRA RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

Segundo Miceli (2002), não existe uma forma de medição fidedigna para se aferir a dor, pois ela passa primeiramente pelo relato do sujeito que a percebe, e a sua comunicação envolve diversos fatores como idade, sexo, estrutura de personalidade, funções cognitivas, histórico pessoal, contexto sócio familiar e de dor. E ainda essa mensuração está ligada diretamente à qualidade e atenção do ouvinte

e principalmente a como é feita essa escuta. A dor passa pela singularidade de cada pessoa (OLIVEIRA RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

Entre as imensuráveis formas que a dor pode se manifestar na vida de uma pessoa, o câncer é uma das doenças que englobam a dor em praticamente todos os seus sentidos, começando nos primeiros sintomas físicos, seguindo pelo diagnóstico que está sempre associado a um prognóstico de terminalidade, abrangendo nesse momento o biopsicossocial (ANGERAMI, 2013).

De acordo com Miceli (2002), existem seis princípios do manejo de dor: respeito ao paciente e à dor, saber quando tratar a dor, tratar cedo e agressivamente, tratar as causas subjacentes à dor, tratar os aspectos psicológicos e abordagem multidisciplinar.

Conforme Carvalho (2002), o “câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva”. Essa doença, muitas vezes, liga o paciente oncológico ao rótulo de paciente terminal, termo usado de uma forma estereotipada com pacientes que apresentam prognóstico reservado, mesmo que estejam em fase de tratamento. O grande problema é que o rótulo cria uma estigmatização do paciente, que se vê numa situação de morte iminente, e isso pode provocar outros problemas (KOVÁCS, 2009).

Diante do diagnóstico, o doente vivencia infindas transformações, desde a inicial dúvida da existência da cura, possíveis tratamentos e consequências, estigmas, limitações impostas e convivência com uma dor que ultrapassa os limites da dimensão física, estendendo-se para outras como: psicológica, financeira, econômica, emocional, social e espiritual. Afetando suas atividades diárias em consequência da perda da autonomia do corpo, criando uma dependência quase total, mudando assim sua expectativa de vida, sendo caracterizada, por envolver tantos fatores, como dor total (SILVA, SUDIGURSKY, 2008; KOVÁCS, 2009; RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

“O conceito de dor total foi cunhado em 1964 por Cicely Saunders para mostrar que a dor em câncer era física, emocional, social e espiritual, sendo

posteriormente acrescentadas à dor interpessoal, a familiar e a financeira” (MICELI, 2002).

Segundo a OMS, é possível controlar a dor em cerca de 90% dos pacientes oncológicos, mas na maioria das unidades de saúde falta conhecimento, habilidade e até interesse no manejo da dor e muitas vezes os esforços daqueles que empenham-se no tratamento adequado esbarram nos preconceitos de seus colegas e da população em geral, e em questões de cunho político, econômico e social (MICELI, 2002).

“O controle e alívio da dor e dos demais sintomas é um direito do indivíduo e um dever dos profissionais, que devem criar estratégias para diminuir o sofrimento provocado por este quadro” (SILVA, SUDIGURSKY, 2008).

De acordo com Angerami (2013), o câncer traz em si um conjunto de consequências que faz com que seja algo além de uma patologia, podendo ser considerado a única doença que acomete todas as pessoas, de todos os segmentos sociais, sem qualquer distinção de raças, credos, condições econômicas ou qualquer quesito que se queira usar para balizamento e compreensão.

Segundo Miceli (2002), a vivência da dor crônica é estressante tanto para o paciente como também para seus familiares, amigos, cuidadores e equipe que o trata, conforme o sistema familiar, quando um membro adoece, toda a organização é abalada.

O questionamento do sentido da vida é um dos pensamentos mais recorrentes do paciente oncológico. Existem momentos de sofrimento profundo em que a dor ultrapassa o limite da tolerância, tornando-se insuportável, fazendo com que o paciente chegue à condição de desespero pensando nesse momento, e em muitos casos pedindo, para tirar a própria vida (KOVÁCS, 2009; OLIVEIRA RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

A descrição teórica da dor, por mais esmiuçada que seja, nunca chegará perto da experiência vivenciada pelo sujeito que a sente, dentro de uma observação próxima e empática, sendo o mais próximo que se pode chegar da dor do outro, ainda será limitada, fragmentada e parcial, em nenhum momento pode-se vivenciar a dor e o sofrimento do outro dentro de sua plenitude, assim ficamos limitados pelas percepções e experiências que tivemos e imaginando como pode ser tal vivência,

assim sendo, transmitir essa dor e sofrimento observado para outra pessoa que não a experienciou em sua existência chega perto do irreal, muito distante da dor e sofrimento do paciente (ANGERAMI, 2013).

Atendimento humanizado: um olhar psicológico

De acordo com Castro (2001) e Da Silva e Sudigursky (2008), uma abordagem humanista tem suas próprias concepções como compaixão, humildade, honestidade e valorização da vida, buscando um cuidado que se aproxima do ideal de cuidar, sensível e eficiente, respeitando e compreendendo o indivíduo como ser humano dentro de sua singularidade e totalidade, sendo estes valores que também fundamentam a filosofia dos cuidados paliativos, cuidar do doente e não somente da doença.

No enfrentamento do câncer, o psicólogo pode ter uma função primordial, intervindo de diversas maneiras, com diferentes pessoas em vários contextos, por exemplo: na comunicação do diagnóstico, em que com o acolhimento, o psicólogo tem a oportunidade de auxiliar o paciente a uma prática reflexiva e compreensiva das reações emocionais geradas pelo adoecimento, apoiando o paciente nas mudanças que estão acontecendo, buscando identificar seus recursos de enfrentamento, diante da aceitação ou negação da doença (ORTOLAN, GASPAR, 2013).

O trabalho psicológico seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte e do morrer (CARVALHO, 2002).

Conforme Visentin, Labronici e Lenardt (2007), a forma como esse diagnóstico é exposto ao paciente é de fundamental importância para seu prognóstico e deveria ser feita uma reflexão referente à comunicação do diagnóstico e sobre o profissional responsável para dar tal notícia, se ele tem o preparo necessário, quem receberá primeiro, o paciente ou a família, isso tudo influencia na

autonomia do paciente, respeitando assim sua dor e sofrimento singular. Em concordância com Arantes (2016), o sofrimento é algo absolutamente único e individual, as doenças se repetem no dia a dia do contexto hospitalar, porém cada paciente e cada sofrimento é singular. O mesmo tratamento pode oferecer alívio para a dor, no entanto, a experiência da dor passa por mecanismos próprios de expressão, percepção e comportamento.

A busca por uma melhor qualidade de vida do paciente deveria ser o foco principal, sendo fundamental em momentos em que não existam mais possibilidades de cura, buscar o alívio dos sintomas, preservação da autonomia, suporte espiritual e psicossocial (SILVA, SUDIGURSKY, 2008). De acordo com Castro (2001), acompanhar o paciente terminal e sua família é o que teria de ser feito, porém como a morte é vista como uma derrota para muitos profissionais, estes são esquecidos, especialmente a família.

Atendimento psicológico domiciliar

O atendimento domiciliar atualmente é realizado por profissionais de diversas áreas da saúde: enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e até profissionais de outras áreas como arquitetos, a fim de orientar a adequação de o ambiente domiciliar de acordo com as necessidades de cada paciente. Também denominado como *home care*, os cuidados oferecidos podem abranger desde prevenção de problemas de saúde ou de assistência para doenças já instaladas (LAHAM, 2004).

Na psicologia o atendimento domiciliar ainda é um campo muito pouco explorado, no entanto pode contribuir com pacientes que não tem condições ou dificuldades de locomoção, acolhendo pacientes e familiares, favorecendo uma maior autonomia na fase em que o paciente se encontra (LAHAM, 2004; KOVÁCS, 2009).

Conforme Benites e Gaspar (2013), a assistência domiciliar direcionada a pacientes oncológicos tem por objetivo proporcionar cuidados necessários de acordo com a necessidade de cada paciente, cuidador e familiar, buscando sempre uma melhor qualidade de vida dentro de cada possibilidade. Favorece momentos de

expressão de sofrimento, angústias, medos e receios relacionados à dor e ao processo de possível morte, possibilitando uma comunicação aberta com seus familiares, permitindo uma melhor consciência gradual do prognóstico da doença, uma adaptação gradual da realidade, assim propiciando momentos de ressignificação, sentido de vida, valores e resolução de questões pendentes.

É fundamental que o atendimento também se estenda aos demais membros da família, principalmente para o cuidador que participa da vivência do sofrimento do paciente, isso porque ele vive constantemente com a dor do outro, deixando de lado, muitas vezes, os cuidados de si mesmo, além do fato de que vivenciar o processo de terminalidade do outro faz com que o sujeito (cuidador) se depare com sua própria realidade de finitude (BENITES, GASPAR, 2013).

Uma questão importante no serviço de atendimento psicológico domiciliar é a necessidade de adaptação do setting terapêutico, o profissional não sabe a priori sobre o local, em qual cômodo ou espaço da casa será o atendimento, isso fica por conta do paciente, que irá indicar um local mais adequado, conforme a rotina e particularidade de cada casa, de acordo com a sua dinâmica familiar. O setting domiciliar apresenta muitas limitações de tempo, lugar e constância, mas também favorece possibilidades dependendo da criatividade do profissional (LAHAM, 2004; BENITES, GASPAR, 2013).

OBJETIVOS

Compreender e refletir sobre a subjetividade na dor oncológica, ampliando a perspectiva para além do fisiológico, favorecendo uma aproximação de outras dimensões do mundo vivido do paciente (psicológica e social).

Proporcionar ao paciente, por meio de acompanhamento psicoterápico domiciliar, uma melhor qualidade de vida, analisando possíveis novas possibilidades e buscando ressignificar o estar doente.

METODOLOGIA

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, tendo sua aprovação registrada pelo

CAAE 77899517.0.0000.5379. Foi realizado em parceria com uma Organização Não Governamental (ONG) nomeada Associação de Voluntários de Apoio ao Paciente de Câncer (AVAPAC), situada em Dracena (SP).

Para o início do estudo, foi solicitado à assistente social da AVAPAC um levantamento de pacientes do sexo masculino com demanda para acompanhamento psicoterapêutico domiciliar. Foram identificados quinze (15) pacientes e realizados contatos telefônicos para o agendamento de uma visita. A visita foi acompanhada por um funcionário da ONG. No entanto, já nesse momento, notou-se que onze dos pacientes estavam sem condições físicas ou neurológicas para os atendimentos terapêuticos. Dos demais, quatro pacientes, após uma semana, desistiram de participar sem justificativa, restando apenas um paciente. Assim, foi levantada uma nova lista de contatos, entrando pacientes do sexo feminino. Após os devidos contatos, o grupo do estudo foi fechado em quatro pacientes e/ou cuidadores. Todos os pacientes e familiares que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O acompanhamento foi realizado nos domicílios dos pacientes, quinzenalmente, sendo oferecido um atendimento com duração média de uma hora para cada membro assistido (paciente e cuidador). Algumas vezes, estendeu-se ou reduziu-se o tempo de permanência conforme disponibilidade e/ou necessidade do paciente e seu cuidador. Foram realizados oito (8) atendimentos de cada membro participante do estudo.

Os atendimentos foram totalmente descritos após as sessões, buscando no momento do encontro manter o foco na relação e no acolhimento do paciente e cuidador. Os dados foram analisados qualitativamente, a partir das descrições dos atendimentos realizados, seguindo o proposto por Holanda (2012), e analisados pela ótica fenomenológica existencial. Nos resultados, os pacientes serão apresentados com nomes fictícios.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados em três (3) temas:

Sobre o atendimento domiciliar

No acompanhamento domiciliar, foram encontrados diversos obstáculos, entre eles muitos já descritos em publicações científicas da área, tais como: encontrar um espaço na rotina e particularidade de cada residência, debilidade do paciente, visitas inesperadas, telefonemas, outros afazeres dos pacientes e deslocamento para o tratamento.

Sobre os atendimentos psicológicos

Foram acompanhados dois casais (utilizamos nomes fictícios para assegurar o sigilo dos pacientes). Assim sendo, o primeiro casal: Dona Helena, cinquenta e sete anos, esposa e cuidadora do Sr. Américo, sessenta e nove anos, com câncer na próstata em estado de metástase, muito debilitado, necessitando de cuidados para higiene pessoal e locomoção. O segundo casal: Dona Dalva, sessenta e dois anos, com câncer no pulmão em tratamento, apresenta debilidades, porém mantém sua autonomia física, e é a esposa e cuidadora do Sr. Mário, sessenta e seis anos, com câncer no esôfago em estado de metástase, muito debilitado, necessitando de cuidados para higiene pessoal e locomoção em área externa, na sua residência consegue se mover sozinho com algumas dificuldades.

Foram realizados atendimentos, sem perguntas específicas, focando no acolhimento do paciente, sempre deixando o paciente trazer para o aqui e agora aquilo que mais lhe angustiava no momento. Assim sendo, os pacientes trouxeram durante as sessões diversos conteúdos singulares, entre eles alguns que puderam ser observados em todos os casos, constituindo assim, as unidades de significado:

A dor física

A dor física aparece como algo pouco presente ou relatado pelo paciente oncológico. Ambos os pacientes poucas vezes reclamaram de dor física, apesar das expressões físicas e linguagem corporal mostrarem grande incômodo. Apenas uma vez o Sr. Mário fez o seguinte comentário:

Isso incomoda muito, quando eu me mexo, ou mudo de posição, dói muito! (logo depois do comentário ficou em silêncio com expressão de dor)

Sr. Mário se referia à sonda para alimentação que tem no estômago. Usou essa sonda quando foi detectado o câncer, mas por pouco tempo, logo depois parou de usar e voltou a se alimentar normalmente pela boca, porém o médico não pediu para tirar a sonda.

Ambas as cuidadoras relataram que seus pacientes não comunicavam quando estavam sentindo dor, muitas vezes elas alegaram que podiam ver que eles estavam com dor, mas eles não reclamavam:

Eu sei que ele sente dor, eu vejo ele se contorcendo, mas ele nunca fala, aí eu pergunto quer um remédio, ele fala que não, mas mesmo assim eu dou, aí eu pergunto, melhorou? Ele responde que sim, tá vendo como ele tava com dor, eu sei, risos (Dona Helena).

Muitas vezes o conviver com dor é uma das características de pacientes oncológicos, que também convivem com ingestão de vários medicamentos que, por vezes, só amenizam e não cessam a dor física.

A dor além da física

Porém, entre os diversos tipos de dores que perturbam os pacientes oncológicos, podem-se perceber outras, além da física, que lhes incomodavam muito mais.

Me sinto como uma pessoa normal, só que tenho câncer, não é uma coisa tão ruim, tento fazer tudo no dia a dia normalmente, agora a pior parte é ter que depender dos outros, não gosto, isso pra mim é a morte! (Dona Dalva)

Nós somos como as plantas, se ninguém cuidar da gente a gente vai morrendo... (Dona Helena)

Às vezes eu sonho que estou andando sozinho, sem precisar de ninguém, você sabe o que é você querer andar e não poder? Eu não consigo controlar minhas pernas (Senhor Mário).

Nesses relatos encontramos outras dores: a dor da dependência do outro, a dor da perda da própria autonomia, a dor de não poder fazer atividades simples e de não poder fazer algo concreto para seus companheiros ou pessoas próximas, a dor da limitação, a dor de perder a liberdade de deliberar sobre si e sua vida.

Os recursos de enfrentamento

Em meio a tanta dor, percebemos alguns recursos de enfrentamento, tais como os revelados pelas boas lembranças do Senhor Mário, que o faziam conviver melhor com presente:

Eu gostava muito de pesca, era um bom pescador, você já pescou uma piapara? Não é um peixe fácil de pescar.
Eu que arrumava meu carro, escuta o motor desse carro, ele não bate nada, não faz nenhum barulhinho.

Sobre o atendimento profissional

Entre todas as dores que os pacientes oncológicos passam, ainda existe a falta de profissionais devidamente qualificados para cuidar desses pacientes, causando ainda mais dores nos pacientes e familiares:

Ele disse para mim que o Mário teria no máximo 120 dias de vida, quatro meses, que não tinha mais jeito, eu disse pra ele: - Isso só Deus pode saber! Isso já faz um ano, faz um ano que ele falou que meu marido teria apenas quatro meses de vida (Dona Dalva).

A forma como é colocado o diagnóstico e o prognóstico causa dores e deixa marcas que vão muito além da própria doença. Dona Dalva repetiu esse relato diversas vezes, e era nítido em sua expressão o quanto isso a incomodava.

DISCUSSÃO

Nos estudos realizados, podemos primeiramente observar a dificuldade de pacientes do sexo masculino em aderir a um tratamento psicoterápico. Os dois casos que aderiram, foram por meio do contato de suas cuidadoras e respectivas esposas. De acordo com Costa-Júnior e Maia (2009), os homens cuidam menos da saúde por diversos motivos, entre eles: dificuldades de se afastar do trabalho, ainda existe, em muitos homens, uma visão social do homem provedor da família, sendo um status de virilidade; dificuldades diante da realização de alguns tipos de exames, refletindo outros preconceitos sociais; uma necessidade de se mostrar ativo e de demonstrar uma maior resistência. Tais dificuldades de homens em cuidar da saúde, justificadas por padrões de comportamento rígidos, vinculados a um modelo social masculino, fazem com que eles procurem por ajuda médica apenas diante de

situações críticas que impõem limites na vida social, ou seja, diante de alguns casos a doença já se encontra muitas vezes em casos avançados.

Além desse obstáculo cultural social, por mais que tenha sido realizado um planejamento minucioso de como seriam os atendimentos, datas e horários conforme a disponibilidade dos pacientes, realmente pouco se sabe, a priori, qual local da casa estará disponível, as condições do paciente diante de sua enfermidade, sua rotina de cuidados de si e de sua casa em geral, o que revela um grande desafio para o psicólogo que se dispõe a este serviço.

O atendimento psicológico domiciliar apresenta diversas peculiaridades, isso faz com que o profissional se adapte o máximo possível à rotina do paciente, estando aberto às novas condições apresentadas diariamente, deixando claro que o foco do atendimento é proporcionar os cuidados necessários de acordo com a possibilidade de cada paciente, não fazendo com que o paciente se sinta invadido em sua própria casa (LAHAM, 2004; BENITES, GASPARG, 2013).

Pode-se perceber o quanto é importante um cuidado individualizado para assim compreender o fenômeno experienciado por ele, já que a dor traduz a singularidade de cada ser humano, que é característica inerente a este, trazendo consigo experiências únicas e conhecimentos que devem ser valorizados (RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

Sobre a dor física, sua falta de expressão por meio da linguagem em contraposto sua evidente expressão corporal, nos faz perceber o quanto, muitas vezes, a dor física se torna pequena em um quadro de dor total. Obviamente não estamos falando de caso de dores extremas, mas de dores que são consideradas “suportáveis”, ainda que não se possa mensurar a dor singular de cada um, são dores físicas que os pacientes oncológicos muitas vezes convivem quase que o tempo todo, e que acabam sendo vistas apenas, muitas vezes, como simples incômodos.

Diante da realidade desses pacientes, que envolve circunstâncias que vão muito além de teorizações frias e sem emoção, o sofrimento é algo indescritível por palavras, o olhar de um paciente que clama por alívio e vida causa uma transformação nas vidas daqueles que são olhados, como se toda nossa

cotidianidade se apequenasse quando sentimos a fragilidade daquele paciente que procura ajuda, como também, daquele profissional ou cuidador que acredita que pode ajudar (ANGERAMI, 2013).

Existencialmente a doença deve ser analisada como uma forma de ausências de potencialidades do ser, do ser-no-mundo, a doença traz consigo uma necessidade na qual o indivíduo se percebe como estando em uma falta de alternativas no seu poder-ser, ou seja, sua liberdade foi perdida entre a enfermidade, tornando-se assim prisioneiro de si. Nesse contexto, analisando as sessões com os pacientes, pode-se perceber que em decorrência da dor causada pela doença, além da dor física, os pacientes sentiam-se limitados a suprir suas próprias necessidades, aquelas que lhes eram possíveis, especialmente por viver em reclusão em sua própria casa, pois se sentiam presos e impossibilitados, vivendo incertezas em relação ao futuro, debilitados e limitados, experienciando uma prisão existencial (OLIVEIRA RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

Em uma visão fenomenológica, o ser humano é um ser-no-mundo que existe sempre em relação com algo ou alguém, nesse estado, compreende as suas experiências, estabelece significado próprio aos objetos e seres em seu mundo, e dá sentido a sua existência. Assim, diante do sofrimento, cabe ao psicólogo auxiliar o paciente a identificar alguns recursos de enfrentamento, que possam proporcionar momentos de alegria em meio ao seu imensurável tormento.

Neste sentido, pode-se perceber que a memória de um passado ativo, muitas vezes, apareceu como recurso, o que segundo Forghieri (2015), reside na condição humana do temporalizar, do experienciar o tempo. Dentro das três dimensões do tempo (passado, presente e futuro) costumamos experienciar cada um em uma intensidade que se altera de acordo com a nossa maneira de vivenciar situações, que é sempre acompanhada de algum sentimento de agrado ou desagrado. Neste sentido, as boas lembranças do passado parecem fazer o presente se tornar suportável para estes pacientes.

Aquilo que vivemos, não há poder que possa nos roubar [...]; tudo o que realizamos de grande, pensamos e sofremos, é uma riqueza interna de que nada nem ninguém nos pode privar [...] e nesse passado nossa vida ficou assegurada, porque ser-passado é também uma forma de ser. (Frankl, [S.d.], p. 99 apud. FORGHIERI, 2015).

Além de todas estas questões, sabe-se que o bom atendimento do profissional de saúde é de extrema importância para amenizar o sofrimento do paciente oncológico, mas, lamentavelmente, esses pacientes esbarraram com profissionais mal preparados para lidar com situações de imensa necessidade de cuidado e fragilidade. Assim, nota-se que existe uma falta, em diversos profissionais de saúde, de um olhar mais humanizado para acolher esses pacientes neste momento de tamanho sofrimento.

Esses valores de “cuidados” que buscam compreender o indivíduo como ser humano dentro da sua individualidade e totalidade encontram-se fundamentados na filosofia dos cuidados paliativos, sendo uma de suas máximas principais cuidar do doente e não somente da doença (SILVA, SUDIGURSKY, 2008).

É fundamental, a todo o momento, se colocar no lugar do paciente, sendo empático e sensível, para assim reconstruir seu sistema de significados na experiência que está sendo vivenciada, desenvolvendo assim um senso de interrelacionalidade, percebida por meio da atenção, escuta, observação e, principalmente, respeito pelo outro (GULINELLI et al, 2004).

Conforme o pensamento heideggeriano, a existência autêntica do ser humano caracteriza-se por vivermos de acordo com o próprio modo de ser, tendo consciência das próprias limitações, e assumindo a condição de estar-lançado-no-mundo e à facticidade de sua existência (OLIVEIRA RETICENA, BEUTER, SALES, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência constante com a dor física e as dores além das físicas faz com que o paciente oncológico, em relação ao seu modo de ser-no-mundo, não consiga experienciar a vida de uma maneira sadia, ou seja, aceitando as limitações impostas pela doença, convivendo com esses limites, conseguindo se abrir para novas e possíveis possibilidades, ou seja, o sujeito em consequência da doença se fecha para toda e qualquer possibilidade ainda possível, se tornando um “ser-doente” físico e emocionalmente.

Diante dessa difícil realidade, buscou-se, por meio deste estudo, poder amenizar as consequências causadas pela doença na vida do paciente, ajudando-o a se abrir para novas possibilidades diante das inúmeras dores experienciadas.

Entretanto, é imprescindível pontuar o quanto a vivência dessas experiências, de estar junto com, observando, percebendo, sentindo, dentro das limitações humanas, a dor e o sofrimento do outro, encontrando seus possíveis significados, entrando em seu mundo, suas memórias, suas intimidades existenciais, transforma a vida daqueles com quem convivem. Habitualmente quando podemos lidar com situações limites como a morte, esta proporciona reflexões sobre a própria finitude, entrando em contato com nossa humanidade, favorecendo assim reflexões que possibilitam criar um olhar mais humano, elaborando novos sentidos e novas significações para a sua própria vida.

Destaca-se ainda a necessidade de novos estudos que explorem o tema, pois diante da complexidade e amplitude do assunto que é a dor dos pacientes oncológicos e suas inúmeras consequências existe uma urgência de ações que possam assisti-los, assim como seus cuidadores e familiares, de uma forma singular, como pessoas únicas que estão vivenciando uma dor total e que favoreça melhorias na qualidade de vida e enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, V. A. A subjetivação do câncer. *In*: ANGERAMI, V. A.; GASPAR, K. C. (org.). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BENITES, A. C.; GASPAR, K. C. Atendimento psicológico domiciliar a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *In*: ANGERAMI, V. A.; GASPAR, K. C. (org.). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

CARVALHO, M. M. Psio-Oncologia: História, Características e Desafios. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CASTRO, D. A. de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 4, p. 44-51, 2001.

COSTA-JÚNIOR, F. M. da; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, p. 55-63, 2009.

SILVA, E. P. da; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul enferm**, v. 21, n. 3, p. 504-8, 2008.

DAVID, A; WINDLIN, I; GASPAR, K. C. O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da psicologia *In: ANGERAMI, V. A.; GASPAR, K. C. (org.). Psicologia e câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

OLIVEIRA RETICENA, K. de; BEUTER, M; SALES, C. A. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 417-423, 2015.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, métodos e pesquisas. Cengage Learning, São Paulo, 2015.

GULINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 1, p. 41-7, 2004.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise psicológica**, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2012.

KOVÁCS, M. J. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

LAHAM, C. F. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, p. 0-0, 2004.

MENDES, J. A; LUSTOSA, M. A; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.

ORTOLAN, P. E; GASPAR, K. C. A importância do cuidado em oncologia: considerações acerca dos profissionais de saúde. *In: ANGERAMI, V. A.; GASPAR, K. C. (org.). Psicologia e câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

REVISTA

CAMINHOS 
Faculdades de Dracena



VISENTIN, A; LABRONICI, L; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 4, p. 509-13, 2007.