

Vivências de Pacientes Durante e Após o Tratamento de Câncer: Relato de Experiência Profissional em Psicologia em um Ambulatório de Onco-hematologia

Vanessa Sajnaj Ferreira¹, Ilana Leila Barbosa de Lima²

Curitiba — PR, Brasil

Resumo: O presente artigo apresenta e discute uma experiência profissional em Psicologia em um ambulatório de Onco-hematologia. O objetivo deste trabalho foi apresentar as vivências dos pacientes durante e após o tratamento do câncer, a partir dos relatos obtidos nos atendimentos psicológicos. Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, do tipo Relato de Experiência. As atividades consistiram em atendimentos psicológicos individuais aos pacientes e foram desenvolvidas entre abril de 2021 e março de 2022, em um hospital público de alta complexidade localizado na cidade de Curitiba, no Paraná, durante Residência Multiprofissional em Psicologia. A amostra do estudo foram indivíduos que estavam em tratamento oncológico ou em acompanhamento médico posterior ao tratamento. Os dados analisados constaram em registros de sessão realizados ao longo do trabalho. Foi possível verificar que o diagnóstico e adoecimento por câncer produz efeitos a nível subjetivo e, desta forma, vivências singulares do adoecimento. Considera-se que as informações apresentadas neste estudo são relevantes para demonstrar a importância da atuação do profissional da Psicologia no setor de Onco-hematologia, em proporcionar um espaço de escuta para os indivíduos durante e após o tratamento de câncer.

Palavras-chave: câncer, onco-hematologia, psicologia

Experiences of Patients During and After Cancer Treatment: an Experience Report in Psychology Inside an Onco-hematology Ambulatory

Abstract: This article presents and discusses a professional experience in Psychology inside an onco-hematology ambulatory. The objective of this study was to present the experiences of the patients during and after cancer treatment, based on the data obtained from the psychological sessions. This is a descriptive and qualitative study, under the form of an Experience Report. The activities consisted of individual psychological assistance to the patients and were developed between April 2021 and May 2022, in a high complexity public hospital, located in the city of Curitiba, Paraná, during a Multiprofessional

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Positivo (2017). Possui especialização em Atenção à Saúde Cardiovascular, na modalidade de Residência Multiprofissional, pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2022). Realiza especialização em Psicologia Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e em Oncologia e Cuidados Paliativos pela Universidade Positivo. *E-mail:* vanessa.sajnaj@gmail.com

² Psicóloga graduada pela Universidade de Fortaleza (1991). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia e mestre em Educação Especial pela Universidade Estadual do Ceará (2002). Possui especialização em Psicopedagogia pela Universidade Estadual do Ceará (2000); em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Unyleya (2018); em Psicoterapia Breve Psicodinâmica pela Faculdade Unyleya (2018); e em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2021). Atuou como psicóloga na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand/MEAC/UFC/EBSEH. Atualmente, atua como psicóloga hospitalar no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, na Unidade de Tratamento em Onco-hematologia e é preceptora da psicologia no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Onco-hematologia. *E-mail:* ilana.lima@hc.ufpr.br

Residence in Psychology. The sample was composed by individuals who were undergoing cancer treatment or medical follow-up after treatment. The analysed data were contained in the record files of the sessions during the work experience. It was possible to verify that the diagnosis and treatment of cancer produce effects at a subjective level, therefore, singular experiences of illness. It is considered that the information presented was relevant to demonstrate the importance of the psychologist's work in the Onco-hematology sector, by providing a space for listening to individuals during and after cancer treatment.

Keywords: cancer, onco-hematology, psychology

Introdução

O termo “câncer” abrange um conjunto de doenças malignas, decorrentes do crescimento desordenado de células, as quais podem invadir tecidos adjacentes ou distantes (Instituto Nacional do Câncer [Inca], 2022). É uma das principais causas de morte no mundo. A etiologia do câncer é multifatorial e não totalmente esclarecida. Idade, perfil genético, estilo de vida e exposição a agentes carcinogênicos são alguns fatores de risco identificados. A classificação dessas doenças, também denominadas neoplasias malignas, é feita de acordo com os tecidos de origem e localização anatômica, assim como pela natureza das mutações celulares e evolução clínica. A partir disso, é definida a conduta terapêutica, que pode ser realizada por intermédio de intervenções cirúrgicas, quimioterapia e radioterapia, de forma isolada ou conjunta. Além das práticas curativas, que visam à eliminação ou redução do tumor, há os cuidados paliativos, voltados à qualidade de vida. Estes podem ser empregados de modo exclusivo ou associado. A assistência unicamente paliativa pode servir para o controle do câncer e melhora da sobrevida, nos quadros sem possibilidade de cura (Hammer & McPhee, 2016; Vieira & Coelho, 2015).

O diagnóstico de câncer envolve importantes mudanças na vida do indivíduo e de seus familiares e faz emergir questões psíquicas relacionadas à vida, doença e morte, conforme salientaram David et al. (2016), em *O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica*. Culturalmente, há um estigma atrelado ao câncer, concebido como uma doença fatal que levará conclusivamente à morte, apesar dos avanços

das ciências médicas, como nos advertiu Moura (2013), em *Sentença ou renovação*. Por conseguinte, complementou essa autora, a notícia sobre o câncer geralmente é experimentada como uma sentença de morte, a despeito do prognóstico associado, e coloca em evidência a condição humana de vulnerabilidade.

Quanto ao tratamento oncológico, este pode ser acompanhado pelo temor e incerteza frente à possibilidade de insucesso, bem como pela angústia durante o momento de infusão dos fármacos quimioterápicos, de aplicação da radiação ionizante ou nos períodos pré e pós-operatório, conforme identificaram David et al. (2016). É importante ainda considerar as dificuldades envolvidas na adesão às terapêuticas, tendo em vista que estas podem produzir efeitos colaterais e comprometer as habilidades físicas e cognitivas da pessoa, repercutindo em sua independência, rotina e dinâmica familiar. O tratamento também pode envolver perdas de partes do corpo, no caso das cirurgias mutiladoras para retirada dos tecidos tumorais, e reestruturação do funcionamento corporal, como nas ostomias, em que são criadas novas vias de acesso para a alimentação ou excreção.

Com relação ao período de recuperação, no caso de indivíduos que passaram por terapêutica curativa com remissão da doença, pode advir a reflexão sobre as mudanças ocasionadas pelo câncer e reorganização das prioridades da vida, como observaram Perina e Ciccone (2020), em *A vida por um fio: luto no adoecimento pelo câncer*. Este movimento pode gerar inseguranças, medos e exige um tempo de adaptação, o qual nem sempre é compatível com as demandas do cotidiano e com as possibilidades do corpo, que passou por modificações ao longo do tratamento. Há ainda a preocupação frente à possibilidade da recidiva e metástase do tumor. Assim, com a cura podem advir a perda de controle, o pesar e o luto, conforme acrescentaram as autoras.

No contexto de assistência aos indivíduos em tratamento oncológico, faz-se importante a participação do psicólogo na equipe multidisciplinar, junto a profissionais de outras áreas de conhecimento, na promoção de saúde mental e qualidade de vida. Bezerra et al. (2021) assinalaram que o atendimento psicológico individual é uma das formas de ofertar suporte aos pacientes oncológicos, o qual não se

trata de uma psicoterapia, mas de um atendimento clínico em saúde, realizado no intuito de oferecer um espaço para que o indivíduo apresente suas demandas. Nesses atendimentos, é importante compreender o contexto em que o indivíduo está inserido, o que entende e quais são as principais questões que irrompem quando há o diagnóstico de câncer, conforme acrescentaram as autoras. Para essa compreensão, a principal ferramenta do psicólogo é a escuta, de forma a possibilitar que o indivíduo fale e signifique o adoecimento.

Metodologia

No presente trabalho, será descrita uma experiência profissional em Psicologia realizada com pacientes durante e após o tratamento oncológico. Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo, do tipo Relato de Experiência. Sobre essa metodologia de pesquisa, Daltro e Faria (2019) propõem pensá-la como:

uma narrativa . . . que posiciona singularidades envolvidas em um tempo de pensar, sentir e recordar. Entretanto, o processo de escrita realiza-se no *après coup*, um tempo necessário de decantação e elaboração. Com isso, a conclusão não se coloca como totalizante, pois ela guarda sempre um vínculo com o momento do acontecimento relatado na pesquisa. (Daltro & Faria, 2019, p. 228)

As atividades realizadas durante esta experiência profissional consistiram em atendimentos psicológicos individuais aos pacientes. O objetivo deste estudo é apresentar as vivências dos pacientes durante e após o tratamento do câncer, a partir dos relatos obtidos. Os relatos descritos constavam nas anotações das profissionais acerca dos atendimentos realizados, que foram redigidas imediatamente após a finalização da jornada de trabalho no ambulatório. A análise dos conteúdos dos atendimentos psicológicos foi realizada a partir de produções de autores acerca da temática do câncer, bem como sobre assuntos relacionados. As discussões e análises dos casos clínicos foram construídas durante encontros entre as psicólogas em supervisões semanais.

Cenário de Prática

A experiência relatada ocorreu no ambulatório de Onco-hematologia de um hospital público de alta complexidade, durante Residência Multiprofissional em Psicologia, entre os meses de abril de 2021 e março de 2022. A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos. O espaço dispõe de consultórios médicos, um posto de enfermagem, uma sala do Serviço Social, um local para as atividades da Farmácia e uma sala para atendimento pela Psicologia. Há também o salão de quimioterapia e os quartos, com poltronas e macas hospitalares, nos quais os pacientes permanecem durante a administração da medicação quimioterápica, a depender de seu estado clínico.

Os atendimentos psicológicos foram realizados no salão de quimioterapia e à beira leito, em meio aos procedimentos de enfermagem e aos suportes das medicações. Também foram prestados atendimentos na sala de Psicologia, na qual foram recebidos indivíduos que solicitaram acompanhamento psicológico ou foram encaminhados para avaliação pela equipe médica.

Amostra

A amostra consistiu em adultos e idosos, de ambos os sexos, que estavam em tratamento oncológico ou em acompanhamento médico posterior ao tratamento no ambulatório de Onco-hematologia deste hospital. Os pacientes compareciam ao ambulatório em intervalos semanais, quinzenais, mensais ou trimestrais, a depender do protocolo terapêutico.

Ao longo dos meses de prática, foram realizados 139 atendimentos psicológicos ao total, para 89 pacientes. Muitos foram atendidos apenas uma vez devido às suas condições clínicas ou por, na ocasião da oferta, não desejarem o atendimento. Outros passaram por mais atendimentos psicológicos. Os pacientes possuíam diferentes tipos de câncer, em distintos estágios clínicos e protocolos terapêuticos. Os diagnósticos prevalentes foram os carcinomas de mama, seguidos por carcinomas de intestino e de próstata. Dentre as demais neoplasias estavam

os carcinomas gástrico, de esôfago, de laringe, em pulmões, em colo de útero e cânceres hematológicos. Haviam os quadros *in situ*, localizados apenas na região de origem; com invasão tumoral inicial e os metastáticos, com avançada disseminação da doença.

Com relação à etapa do tratamento, alguns dos pacientes atendidos haviam sido recém diagnosticados e realizavam a primeira sessão de quimioterapia, enquanto outros estavam em tratamento exclusivamente paliativo há anos. Muitos realizavam sessões de radioterapia concomitantemente ao tratamento quimioterápico e já haviam passado por intervenções cirúrgicas. Alguns obtiveram a remissão do câncer, enquanto para outros houve a recidiva em diversos tecidos do corpo, como fígado, pulmões, ossos e cérebro. Alguns foram a óbito. Além desses, outros pacientes encontravam-se em seguimento médico posterior ao tratamento oncológico, para acompanhamento e manutenção de cuidados em prol da prevenção do ressurgimento da neoplasia.

A partir de busca ativa, foram prestados atendimentos psicológicos individuais aos pacientes e, eventualmente, acolhimento aos acompanhantes familiares. Identificavam-se aqueles que relatavam sofrimento emocional e que manifestavam interesse em receber assistência psicológica no momento. Também foram realizadas consultas por agendamento, a partir de pedidos da equipe ou do próprio paciente. Semanalmente, ocorreram supervisões, nas quais as profissionais da Psicologia se reuniram para discutir os casos clínicos atendidos.

Resultados

Para além da similaridade entre os diagnósticos e terapêuticas realizadas, cada paciente narrou uma vivência singular em relação à notícia sobre a neoplasia e o tratamento. Todavia, a despeito das disparidades, ao seu modo, todos versavam sobre a mesma temática: uma vida atravessada pelo câncer e consequentes repercussões, das mais diversas ordens. Serão apresentadas algumas vivências relacionadas ao adoecimento relatadas pelos pacientes atendidos, articuladas a produções teóricas sobre o assunto.

Reações Frente ao Diagnóstico

O estado temporário inicial de choque ao receber o diagnóstico de uma doença grave, sobre o qual nos advertiu Kübler-Ross (2017), em sua produção *Sobre a morte e o morrer*, pôde ser identificado no discurso de diversos pacientes atendidos. “Foi um susto!”, “Foi um baque!” e “Foi um choque, parece que o chão se abriu!” foram algumas declarações emitidas em relação ao diagnóstico de câncer. A palavra “câncer”, inclusive, muitas vezes foi evitada por esses pacientes, que optaram pelos vocábulos “tumor”, “tumorzinho” e “doença”. Verifica-se, aqui, o estigma atrelado ao termo “câncer”, cuja pronúncia pode ser suficiente para produzir sofrimento, como observaram Angerami-Camon (2016) e Moura (2013).

Kübler-Ross (2017) também assinalou que uma das situações na qual o ser humano se defronta com o possível fim de sua vida é quando é comunicado de que tem uma enfermidade que ameaça sua existência, como o câncer, a partir da qual se conscientiza sobre a possibilidade de sua própria morte. A contemplação da própria finitude, revelada pelas frases “Eu achei que ia morrer”, “Eu achei que eu não ia durar muito tempo” e “Eu estou me encaminhando para o final da vida”, relatadas por diferentes pacientes atendidos ao se referirem ao momento em que receberam a notícia sobre o câncer ou sua recidiva ilustram essa afirmação. Vale também fazer menção à forma como a notícia sobre um protocolo de tratamento exclusivamente paliativo repercutiu para esses indivíduos. Enquanto para alguns foi compreendida como uma possibilidade de continuar a viver, por outros foi experimentada como um prenúncio da morte.

Tentativas de Significar o Adoecimento

A partir do momento do diagnóstico de câncer, conforme elucidou Moretto (2013), sucederá um esforço psíquico pelo indivíduo para incluir esse acontecimento em sua vida, em uma tentativa de conferir-lhe um sentido. A concepção da enfermidade como punição e a busca de comportamentos ou hábitos prévios que tenham

ocasionado a neoplasia são exemplos das tentativas de significar esse acontecimento, inseri-lo em sua história. As perguntas “Por que comigo?” e “Meu deus, o que vou fazer agora?”, proferidas por diversos indivíduos aos quais foram prestados atendimentos psicológicos, revelam a problemática subjetiva que está atrelada ao diagnóstico de câncer. Questiona-se o passado, renega-se o presente e teme-se o futuro, que se torna incerto após o anúncio de uma doença que pode colocar a vida em risco.

O comentário “Por que comigo? Eu sempre trabalhei e nunca fiz nada de errado!”, expresso por uma senhora com diagnóstico de carcinoma de cólon sigmoide metastático, demonstra a dificuldade de se defrontar com uma doença grave e de etiologia não totalmente clarificada, caracterizada pelo incógnito. Outra paciente, gestante de vinte semanas e com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama, questionava-se acerca do que havia feito de errado para “carregar essa cruz”, referindo-se à neoplasia e a outros eventos difíceis pelos quais passou. Disse ter escutado de diversas pessoas que o câncer é um castigo e ponderava sobre o que havia feito de errado para merecê-lo.

Nos atendimentos, muitos pacientes relataram concepções prévias acerca do que causa ou de quem o câncer acomete. O enunciado “Eu não esperava ter câncer, achei que isso só dava em idosos”, emitido por uma jovem mulher em quimioterapia paliativa por um carcinoma de mama metastático, é um exemplo da reformulação de conceitos, adquiridos e construídos ao longo da vida, para assimilar esse acontecimento. Podem assomar ainda questões relativas ao histórico médico familiar, quando outras pessoas da família também receberam diagnóstico de câncer. Diversos pacientes narraram sucessivos casos de familiares que adoeceram por diferentes neoplasias, alguns dos quais obtiveram a remissão e outros que foram a óbito. Espelhavam-se nas trajetórias desses indivíduos ao versarem sobre seus sentimentos e expectativas em relação ao tratamento. Para além da transmissão de componentes genéticos que podem estar relacionados ao desenvolvimento do câncer, presentificam-se as reminiscências da história familiar, muitas vezes perpassada por conflitos, cuidados, dor e morte.

Ainda sobre os aspectos relacionados à história familiar, é válido mencionar o caso clínico de uma paciente, com carcinoma papilar invasivo de mama. Esta relatou as dificuldades decorrentes do tratamento oncológico e declarou ter “pensamentos ruins” desde que adoeceu. Narrou então uma sequência de falecimentos de familiares, um deles por câncer, e sua convicção de que haveria uma maldição em sua família, na qual se pagaria, com a vida, por erros cometidos por antepassados. Revelou, então, sua preocupação com a enfermidade e o medo de morrer. A partir desses eventos na família e de questões de ordem subjetiva da paciente, o câncer se lhe apresentou como uma figura assombrosa, associado a uma punição que ultrapassa gerações.

Reações Frente ao Início do Tratamento

Não saber como seria a quimioterapia revelou-se como fonte de sofrimento para vários pacientes, quando versavam sobre o período anterior ao início do tratamento e de novos protocolos. Como salientaram David et al. (2016), muitas vezes a espera pelo início do tratamento pode ser vivenciada de forma mais angustiante do que o próprio tratamento, o que pôde ser constatado na fala “Foi um susto, pois não sabia como ia ser o tratamento”, proferida por um paciente em tratamento de um câncer de próstata.

David et al. (2016) também acentuaram a angústia durante o momento das terapias oncológicas, no qual o adoecimento é concretizado, percebido como real. Especialmente no primeiro ciclo de quimioterapia, prosseguiram esses autores, é comum que o paciente evoque conceitos pessoais acerca dessa terapêutica, como a queda dos cabelos e outros efeitos colaterais. Aqui, é válido destacar atendimentos realizados durante a primeira sessão de quimioterapia para duas pacientes, com câncer de colo de útero e na pleura, respectivamente. Elas referiram intensa inquietação no dia anterior, a ponto de não terem conseguido dormir. Uma delas se dizia “apavorada”; a outra referia “palpitação”, “suor frio” e “sensação de desmaio”. Manifestavam preocupações acerca de como seria o tratamento e sobre possíveis efeitos colaterais, dentre os quais estava a perda dos cabelos.

Verificou-se também a apreensão de diversos pacientes em relação às intervenções cirúrgicas, muitas vezes indicadas e necessárias. Neste ponto, vale mencionar o trecho de um atendimento prestado a um senhor, diagnosticado com adenocarcinoma de esôfago, que expressava preocupação acerca da possibilidade de realização de cirurgia oncológica, conduta a qual estava sendo discutida pela equipe médica. Referia medo de que “mexessem no câncer” e lhe acontecesse algo, relatando, na sequência, a história de um conhecido que morreu depois de operado.

Repercussões das Relações com Outros Indivíduos em Tratamento

David et al. (2016) salientaram a influência da experiência do outro na vivência do adoecimento pelo câncer. A presença desses outros, que também se encontram em situação de doença e tratamento, é um lembrete da condição de enfermidade do próprio corpo, segundo explanaram esses autores, e pode servir como consolo, esperança ou ainda produzir mais sofrimento. Nesse âmbito, é válido citar a fala de uma paciente que, ao versar sobre as dificuldades relacionadas ao tratamento oncológico, declarou se sentir melhor ao saber que há pessoas em piores situações que a dela. Dando continuidade ao seu discurso acerca da tristeza em relação às adversidades que tem enfrentado, confessou: “Agora não me sinto mais assim, porque vejo que não é só comigo”.

Nesse contexto, vale apresentar também o relato de um paciente, com diagnóstico de carcinoma de cólon metastático e com histórico de terapia quimioterápica devido a um linfoma. Ao versar sobre o tratamento anterior, contou que, ao saber sobre o óbito de outro paciente, pensava “Quem será o próximo? Será que eu sou o próximo?”, enfatizando seu desassossego quando percebia que algumas pessoas não haviam retornado para realizarem as sessões de quimioterapia. Por outro lado, uma senhora, em tratamento de um carcinoma de mama, falou sobre a importância do vínculo estabelecido com outras pacientes com o mesmo diagnóstico. Revelou, inclusive, que se sentia bem ao ajudar as

colegas em suas dificuldades. Nesse caso, a presença dessas outras mulheres a auxiliava a enfrentar a situação e servia-lhe como motivação para que se cuidasse, conforme relatou.

Mal-estar e Comprometimentos Decorrentes do Tratamento

No panorama das terapias oncológicas, é importante fazer alusão ao mal-estar produzido pelos fármacos quimioterápicos e radiação ionizante, assim como ao comprometimento das habilidades físicas e cognitivas ocasionadas por eles. Diversos pacientes referiram queixas como perda de apetite, enjoo, fadiga, mucosite, amargor na boca e desarranjo intestinal ao longo da quimioterapia, especialmente nos dias seguintes à administração da medicação, e queimaduras na pele após a radioterapia. Além desses relatos, muitos referiram “medo de passar mal” e de saírem de casa sozinhos, bem como indisposição ao adentrar no ambiente hospitalar e temor de agulhas, que precisam ser introduzidas na pele para a infusão da quimioterapia.

Nesse contexto, é possível mencionar o caso clínico de um senhor, que passava por quimioterapia paliativa devido a um adenocarcinoma de reto metastático. Deitado no leito, no qual recebia a medicação via intravenosa, falou sobre sua dificuldade de se alimentar durante o tratamento, devido ao enjoo frequente. Revelou que não consegue mais comer alimentos dos quais gostava e lembrou da época de sua infância, na qual se deliciava com os pratos preparados pela mãe, juntamente às irmãs. Contou, gracejando, que sua falecida esposa lhe dizia que ele “comia como um cavalo”. Lamentando não poder mais comer como antes, desabafou: “Só se valoriza a saúde quando perde; quando é jovem, não liga”.

Ainda sobre esse tópico, vale mencionar uma paciente, com recidiva de um carcinoma de mama com metástase óssea, que versava sobre o expressivo emagrecimento desde que adoeceu. Contou que perdeu quatorze quilos e que se sentia “no limite”, ressaltando ainda seu incômodo ao perceber que os vizinhos reparavam e comentavam sobre sua perda de peso, segundo acreditava. É possível citar ainda o relato de uma senhora, que se encontrava

em tratamento paliativo para um carcinoma de mama metastático, disseminado no fígado, medula óssea e cérebro. Com diversas hospitalizações por intercorrências decorrentes das metástases, apresentava comprometimentos cognitivos e físicos, tendo sido levada à sala da Psicologia em uma cadeira de rodas pela impossibilidade de manter-se em pé e caminhar. Pouco comunicativa e bastante fragilizada, em frases curtas revelou a dificuldade de passar pela quimioterapia e radioterapia, declarando que se sentia muito fraca e cansada.

No prontuário dos pacientes deste ambulatório, era habitual encontrar designações como “sintomas depressivos” e “ansiedade” nas notas de evolução dos demais membros da equipe multiprofissional, assim como a prescrição de psicotrópicos antidepressivos e ansiolíticos. Houve pacientes que solicitaram o acompanhamento psicológico e referiram “angústia”, “agonia”, “sistema nervoso abalado”, “crises de ansiedade” e “surtos”. Para além dos critérios diagnósticos psiquiátricos e manifestações psicopatológicas, evidencia-se aqui o sofrimento a partir das condições do corpo, condenado à decadência e dissolução, como assinalou Freud (1996b), em *O mal-estar na civilização*. O câncer expõe a falta de controle da higidez e bom funcionamento do próprio corpo, que está sujeito às mais diversas intempéries de ordem anatômica e fisiológica.

As Perdas Envolvidas no Adoecimento e Tratamento

Moretto (2013) explana que, no adoecimento pelo câncer, o indivíduo se encontra dividido entre o luto pela condição anterior perdida, muitas vezes idealizada, e a luta pela vida, na qual não há garantias. Neste ponto, vale destacar o caso clínico de uma professora de ginástica, em tratamento quimioterápico de uma neoplasia metastática de sítio primário indeterminado. No atendimento psicológico, discorreu sobre sua rotina anterior à enfermidade, devido a qual precisou ser hospitalizada algumas vezes. Contou que era ativa e fazia muitos exercícios físicos, diferentemente do momento atual, no qual se sente fraca e depende de

cuidados. Outrora dedicada ao ensino de atividades para o condicionamento físico, agora lida com o funcionamento desordenado de seu corpo, marcado por uma doença de evolução incerta, a despeito do cumprimento dos cuidados envolvidos no tratamento. Queixava-se daquilo que, dentre outras coisas, procurava prevenir por meio de seu trabalho: fraqueza, perda de massa muscular e de peso.

Outra paciente, em tratamento paliativo de uma recidiva metastática de carcinoma de mama, falou sobre sua vida intensa de anos atrás, período no qual trabalhava, descansava pouco e costumava “ir para a balada”. Com satisfação, contou que as pessoas chegavam a lhe perguntar “Como você aguenta?”, referindo-se à sua surpreendente disposição física daquele tempo. Em contrapartida, revelou que atualmente não consegue fazer atividades domésticas básicas do dia a dia, como se abaixar para limpar o chão e o tapete, e que se preocupa em passar mal se sair de casa sozinha. Relatou, com pesar, como sua vida mudou desde a notícia sobre o ressurgimento do câncer e novo protocolo de tratamento, o que nunca achou que ocorreria. Estas vinhetas clínicas e falas como “Eu não sou mais a mesma de antes!” demonstram o luto pela condição anterior, perdida.

Adentrando nos pormenores do luto, é importante lembrar do que Freud (1996a) nos ensinou sobre esse processo, em *Luto e Melancolia*. Segundo esclareceu, este não acontece de modo sereno, sucedendo um desânimo profundo e desinvestimento no mundo externo, verificado pela inibição das atividades e perda da capacidade de amar. O autor, inclusive, empregou o adjetivo “dolorosa” ao se referir à disposição para o luto, mostrando-nos a dificuldade contida nesse percurso. Em seu texto *Sobre o Narcisismo*, Freud (1996c) já nos havia alertado sobre o desinteresse das pessoas acometidas por dor e mal-estar orgânico pelo mundo externo, por aquilo que não diz respeito ao seu sofrimento. Trata-se do egoísmo familiar do enfermo, conforme denominou o autor (Freud, 1996c), expressão a qual ratifica a presença de questões subjetivas envolvidas nas diferentes moléstias, dentre as quais está o câncer. As sentenças “Fico desanimado, deprimido, com vontade de

“jogar a toalha” e “Não tenho vontade de fazer nada”, proferidas por alguns pacientes, denotam o desalento frente à perda da saúde e necessidade de investir em um novo cenário de vida, demarcado pelo câncer e respectivo tratamento.

Persistência no Tratamento

Retornando às considerações de Moretto (2013) acerca do adoecimento pelo câncer, foi possível acompanhar a luta pela vida dos numerosos indivíduos atendidos. Alguns deles travavam-na de forma mais penosa, enquanto outros seguiam nesse combate de modo mais brando, embora não sem dificuldades. Sobre os últimos casos, é válido mencionar um senhor, diagnosticado com carcinoma metastático de vias biliares, irrisecável. Ele discorreu sobre o sofrimento ao receber o diagnóstico e sobre seu sentimento em relação à notícia sobre a proposta terapêutica unicamente paliativa. Contou que, embora o médico lhe tivesse dito que não há cura para sua enfermidade, o tumor estava “estacionado”. Em um dos atendimentos, revelou: “Fiquei animado por ter mais um tempinho de vida. . . . Eu fico bem de poder viver mais um pouco!”.

Ainda sobre a luta pela vida, vale citar o caso clínico de uma senhora com adenocarcinoma de cólon esquerdo metastático, que havia passado por quimioterapia e por diversas intervenções cirúrgicas, a despeito dos quais a neoplasia se disseminou para outros tecidos e órgãos, tais como fígado e pulmões. Retornando à terapêutica quimioterápica após nova recidiva, falou sobre as adversidades pelas quais passou nas cirurgias, apesar do que manifestou sua disposição e vontade de seguir o tratamento. Ao final do atendimento psicológico, afirmou que irá lutar até onde puder e ressaltou sua religiosidade, a partir da qual sentia-se confiante para seguir seu tratamento. De forma similar, outros indivíduos anunciaram sua esperança de ficarem bem, assim como suas expectativas em relação ao futuro. Voltar a trabalhar, se aposentar e ir morar em uma chácara foram algumas delas.

Outros pacientes, por sua vez, enfrentaram dificuldades sociais, vivenciando o afligimento dos processos de judicialização para o acesso a medicamentos para continuarem com o tratamento

quimioterápico, quando a dose necessária dos fármacos não estava disponível na rede pública. Neste ponto, é válido mencionar o atendimento ofertado a uma mulher, com histórico de carcinoma de mama e em tratamento de um linfoma não *hodgkin*. Contou que teve a demanda judicial da medicação negada e que havia entrado com recurso. Nesses casos, talvez se apresentem com maior intensidade as questões relacionadas à possibilidade da morte, uma vez que estão impostos obstáculos à continuidade da luta pela vida. Posteriormente, essa paciente foi submetida ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, outra modalidade terapêutica utilizada para alguns tipos de câncer. Hospitalizada, seguiu em tratamento, até falecer.

Repercussões do Adoecimento e Tratamento nas Áreas da Vida

Nos relatos dos pacientes atendidos, foi possível constatar repercussões do tratamento oncológico nas diversas áreas da vida, como nas relações em família e na parte profissional. Aqui, vale citar o caso clínico de uma senhora, com uma recidiva metastática de um carcinoma de mama, que falou sobre a crescente dificuldade na convivência com as irmãs desde o início do tratamento. Outro paciente, com câncer de cólon metastático, expressou sofrimento frente à incerteza em relação à rotina de trabalho, já que em alguns dias precisou voltar para casa no meio do expediente devido aos efeitos colaterais da quimioterapia, como náusea e diarreia. Nesse cenário, pode sobrevir também o impasse entre continuar trabalhando e iniciar o tratamento oncológico. “Eu vivo para o tratamento!” foi a frase enunciada por um homem, mestre de obras, que se viu impossibilitado de continuar a trabalhar e andar de moto, um de seus *hobbies*, desde o diagnóstico de um carcinoma de esôfago e início do tratamento radio e quimioterápico. Alimentando-se por gastrostomia, falou ainda sobre a dificuldade em não poder mais comer e compartilhar refeições com a mãe.

Há que se considerar ainda o sofrimento relacionado a dificuldades financeiras, quando é o provedor da casa que adocece e precisa deixar o emprego. Sobre essa questão, vale relatar o caso clínico de um senhor, em tratamento paliativo por um

carcinoma gástrico metastático. Imigrante, discorreu sobre as dificuldades de se instalar em um outro país, contando que chegou a ficar sem moradia e passar fome. Relembrou também sua trajetória de trabalho, a partir da qual “ganhou o respeito” da família, da qual sempre foi “o mais forte”, conforme relatou. Salientou seu esforço para manter o sustento da casa e contou que no momento, impossibilitado de trabalhar, recebem doações de mantimentos, de pessoas conhecidas, e uma pequena ajuda de custo, de seu antigo patrão. Nos atendimentos psicológicos pelos quais passou, expressava uma preocupação recorrente: a subsistência de si e da família. Neste e nos outros recortes clínicos supracitados, verificam-se as diversas perdas implicadas no tratamento oncológico, sobre as quais dissertou Moura (2013): “perde-se peso, cabelos, ganham-se sintomas advindos das terapêuticas. Perde-se o lugar social: ‘o chefe’, ‘aquele que resolve tudo’, ‘o forte’, ‘o mais animado’, ‘o nosso líder’. É a autonomia interdita” (Moura, 2013, p. 202). Sem dúvidas, a vida muda.

As Alterações no Corpo Durante o Tratamento

Dentre as vivências do câncer, é válido também destacar os efeitos das alterações no corpo ocasionadas por essa enfermidade e terapêuticas necessárias. Foram atendidos indivíduos que haviam passado por cirurgias de retirada das mamas, útero, testículo, laringe e de parte de outros órgãos, como intestino, fígado e estômago. Além disso, muitos experimentavam a perda dos cabelos e demais pelos do corpo, assim como variações na coloração da pele, que assumia um aspecto pálido, conforme relatavam.

Em suas considerações sobre o corpo, Freud (1996d) salientou a intrínseca relação entre o somático e o psíquico, elucidando que há uma exigência de trabalho feita ao psiquismo a partir daquilo que sucede no orgânico. O autor (1996c) também explanou que, na infância, o indivíduo institui uma imagem idealizada de si mesmo, na qual irá se reconhecer e investir libidinalmente. Frente a isso, compreende-se que as alterações produzidas pelo câncer e tratamentos não se circunscrevem no campo do biológico. Para além de efeitos colaterais

que indicam a ação das terapias medicamentosas no ciclo celular e de intervenções orgânicas que podem desacelerar a progressão do câncer ou removê-lo completamente, as modificações relatadas pelos pacientes atendidos neste ambulatório foram acompanhadas por reverberações de ordem subjetiva, uma vez que eles se confrontaram com um corpo novo, desconhecido.

Em nossa prática com os pacientes do ambulatório, foi possível ouvir relatos que indicam o despontar de aspectos subjetivos a partir das modificações corporais produzidas pelo tratamento oncológico, com suas implicações na imagem corporal. Diversas mulheres afirmaram não se reconhecerem ao olharem no espelho e se enxergarem carecas, assim como estranharem os seios diferentes após a mastectomia. A dificuldade em estabelecer relacionamentos amorosos após a retirada das mamas e o intenso desconsolo após a cirurgia de remoção do útero são alguns exemplos das repercussões das perdas de partes do corpo, construído física e psicologicamente, ao longo da história individual de cada um. Verifica-se, aqui, o comprometimento da autoimagem no adoecimento pelo câncer, sobre o qual nos informou Moura (2013), o ideal ferido frente à morte das identificações anteriores.

Vale recordar também dos procedimentos para reestruturação do funcionamento corporal, como as ostomias. Uma paciente que havia passado por retossigmoidectomia e colostomia, em caráter de emergência, expressou seu padecimento depois de passar por essas intervenções cirúrgicas. Revelou sua surpresa ao acordar, após a regressão da anestesia, e ver-se com a bolsa de colostomia. Nos atendimentos realizados, manifestou seu anseio pela cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal e retirada da bolsa de colostomia. Sentada na poltrona, durante a administração da quimioterapia, confidenciou: “Quando suja e tem que limpar, é nojento. Tenho a sensação de que estou fedendo, mesmo que meus filhos digam que não estou, e então evito sair de casa. . . . Se não fosse a bolsa, nem ia parecer que estou doente”. No último atendimento, ao discorrer novamente sobre esse tópico, declarou: “Mas ainda bem que tem a bolsa, senão eu morreria!”, referindo-se à colostomia como uma possibilidade de que seu corpo continuasse a funcionar.

Na contramão, há quem almeje a ostomia, como uma paciente diagnosticada com a segunda recidiva de um câncer de colo de útero. Na primeira, a neoplasia retornou no mesmo lugar; na última, havia se disseminado, atingindo o intestino. Diante da discussão pelas equipes médicas sobre a realização de cirurgia de exenteração pélvica, na qual seriam removidos útero, bexiga e parte do intestino, salientou sua expectativa de se submeter a ela, para “retirar o foco” da doença. Estava ciente de que seriam realizadas novas vias de acesso para o funcionamento do intestino e bexiga. A despeito disso, ansiava por esse procedimento para evitar o ressurgimento do tumor no período futuro e “viver uma vida normal”, em suas palavras. É provável que a referida paciente não houvesse refletido sobre as implicações das mudanças envolvidas em uma cirurgia de tamanha complexidade. Não obstante, o que se sobressaiu em seu discurso foi o ímpeto de evitar o reaparecimento do câncer e livrar-se, assim, da angústia frente à possibilidade de uma nova recidiva e todas as repercussões relacionadas. Acometida pela terceira vez por esse invasor denominado “câncer”, essa paciente estava disposta a abrir mão de partes de seu corpo para expulsá-lo para, talvez, retornar à sua vida de antes.

Ainda sobre o tema do corpo, é válido descrever o caso clínico de um paciente, diagnosticado com um carcinoma de laringe, que foi submetido à cirurgia de laringectomia total, além de passar pela terapia quimioterápica. Impossibilitado de falar, contou, por frases escritas em uma folha de papel sulfite, um pedaço de sua história de vida e percurso desde os primeiros sintomas ocasionados pelo câncer, como modificação na voz. Sua esposa, que o acompanhava, falou brevemente sobre as mudanças na forma de conversarem em casa, em relação às quais ainda estavam se adaptando, conforme relatou. No presente exemplo, o tratamento cirúrgico do câncer ocasionou repercussões no corpo e, conseqüentemente, em sua maneira de se relacionar com os familiares e outras pessoas, uma vez que precisou construir novas vias para a comunicação. Nas nuances da caligrafia e do gestual, encontrou a possibilidade de transmitir sua vivência do câncer, marcada pela perda da capacidade de fala.

Outra mudança que foi bastante relatada nos atendimentos foi a perda dos cabelos, que pode ser provocada por diversos fármacos quimioterápicos. Na sentença “Isso mexe com uma mulher..”, enunciada por uma paciente ao se referir à queda dos fios durante a quimioterapia, é possível perceber o dilema envolvido na alteração da imagem corporal ocasionada pelo câncer e tratamento. Por esse e pelos outros relatos apresentados, evidencia-se que o corpo não se restringe a um aparato orgânico, sendo também subjetivo, uma vez que envolve uma maneira singular de a pessoa ser e estar no mundo. Sucede então o trabalho psíquico, e árduo, de elaboração: o luto pela perda do corpo anterior, no qual o indivíduo se reconhecia, e investimento no novo corpo, marcado pelas impressões do câncer.

Após o Término do Tratamento

Neste ambulatório, também foram atendidos indivíduos que já haviam concluído o tratamento oncológico e se encontravam em seguimento médico, para a prevenção da recidiva do tumor. A despeito da finalização das terapêuticas cirúrgicas, químico e radioterápicos e da remissão completa do câncer, ainda se presentificaram as repercussões dessa enfermidade no discurso desses pacientes, que buscavam nos atendimentos psicológicos um espaço para falar sobre os vestígios dessa vivência, que têm caráter duradouro, ainda que se dissipem as manifestações clínicas e os sinais histopatológicos da neoplasia. Como salientou Moretto (2013), no adoecimento pelo câncer se perde a ilusão da imortalidade e, por conseguinte, não se é o mesmo depois disso.

Angerami-Camon (2016) nos alertou sobre a permanência do estigma do câncer naqueles que adoeceram por essa enfermidade. Como explanou esse autor, os cuidados posteriores ao tratamento e exames periódicos de controle fazem com que o indivíduo permaneça à mercê do câncer, ainda que tenha obtido a “cura”. Em face a essas considerações, é válido destacar o caso clínico de uma paciente, que se encontrava em seguimento médico após o tratamento quimioterápico de um câncer de

intestino e solicitou o agendamento de consulta com a Psicologia. Comunicou que procurou o atendimento psicológico por “ter medo de tudo”. Chuva, passar perto de prédios que pudessem desmoronar e presenciar o engasgo da neta com algum alimento foram alguns dos exemplos relatados por ela. Também discorreu sobre o estresse devido a desobediência do enteado e de alunos, quando laborava em uma escola. No decorrer da sessão, contou que esses medos principiaram após o falecimento de uma de suas irmãs, também diagnosticada com câncer, e expressou seu padecimento em relação a essa enfermidade, da qual adoecera. Por amarrações entre conteúdos que a princípio pareciam desconexos, revelou sua angústia perante aquilo que lhe foge ao controle, cujo principal representante parecia ser o câncer.

Ainda sobre o período posterior ao tratamento oncológico, é importante recapitular o movimento de reorganização das prioridades da vida e retorno à rotina, assinalados por Perina e Ciccone (2020). Essas autoras nos informaram sobre as inseguranças e medos que podem suceder nesse percurso, bem como sobre a possível incompatibilidade entre o tempo de adaptação, as demandas do cotidiano e as possibilidades do corpo, que passou por modificações devido ao câncer e respectivas terapêuticas. Neste ponto, é válido citar o caso clínico de uma paciente, a qual esteve em acompanhamento psicológico durante meses. Em seguimento médico após diversos protocolos de tratamento de um carcinoma de mama *in situ*, recidivado duas vezes, foi encaminhada para atendimento com uma das psicólogas pelo médico oncologista devido a “crises de ansiedade”.

Essa paciente recordava do sofrimento pelo qual passou durante o tratamento oncológico e ressaltava seu medo de uma nova recidiva, com metástase. Contou que passou por cirurgia para retirada de uma das mamas e falou sobre a dificuldade em encontrar roupas com as quais se sentisse bem desde então, em razão da diferença entre os tamanhos de seus seios. Declarava sentir-se desanimada, sem vontade de sair e que, embora tivesse vontade de estabelecer relacionamentos afetivos mais íntimos com homens novamente, envergonhava-se de seu corpo. Relatava ainda

sua dificuldade para conseguir dormir e diversas preocupações, dentre elas a de estar sem trabalhar.

Nas últimas consultas psicológicas, declarando sentir-se mais tranquila, falou sobre mudanças em sua rotina, relacionamentos e dinâmica familiar. Novo emprego, lazer e abertura para novo relacionamento afetivo foram algumas delas. Ainda falava sobre o medo do ressurgimento da neoplasia e sobre o incômodo com as blusas, que não se ajustavam bem aos seios, assimétricos. Não estava isenta de dificuldades e inquietações relacionadas ao diagnóstico e tratamento prévio do câncer. Mostrava, contudo, seu interesse por atividades e pessoas, novas e antigas: seu investimento na vida. Frente a uma doença grave, que lhe deixou marcas permanentes, ainda havia muita coisa que fazer, ou, pelo menos, tentar. Havia um mundo lá fora, do outro lado das paredes do hospital e do ambulatório de Onco-hematologia.

Discussão

Ao longo dos meses de atuação neste ambulatório, escutamos relatos de diferentes vivências dos indivíduos durante e após o tratamento de câncer. No salão de quimioterapia e nas salas onde estavam os leitos, os pacientes permaneciam durante horas recebendo a medicação quimioterápica via intravenosa. Alguns estavam acompanhados pelos familiares e outros estavam sozinhos. A despeito de haver outras pessoas no mesmo recinto, pouco conversavam. Quando abordados pelas profissionais da Psicologia e convidados a falarem sobre si, a maioria foi receptiva e relatou espontaneamente a experiência do adoecimento. Todavia, em alguns momentos referiram mal-estar, como náusea e fadiga, e solicitavam que o atendimento fosse realizado outro dia. Assim, era identificado o momento oportuno para ofertar a escuta, levando-se em consideração que os fármacos quimioterápicos e a radiação podem comprometer o bem-estar físico do indivíduo e, em consequência, a viabilidade para o atendimento psicológico.

Bezerra et al. (2021) assinalaram que no setor de Oncologia é comum que os atendimentos psicológicos sejam realizados durante a infusão do

quimioterápico, no salão de quimioterapia, na qual há diversos estímulos, tais como outros pacientes e as intervenções de outros profissionais. Como observaram David et al. (2016, p. 300), “o setting é um lugar que não se resume ao enquadre físico, pois vai além deste, envolve um saber, uma prática e uma ética, e se constitui por meio do vínculo entre psicoterapeuta e paciente”. Nos atendimentos à beira leito e no salão de quimioterapia, constantemente houveram interrupções pelo barulho de mais pessoas falando naquele local, pelas músicas que ressonavam do rádio ligado, bem como por dificuldades relacionadas ao uso das máscaras cirúrgicas, que abafavam o som das vozes desses pacientes e das psicólogas. Na sala da Psicologia, por sua vez, havia uma demarcação física, pela estrutura do recinto, o que conferia caráter mais privativo aos atendimentos. Malgrado as diferenças quanto ao local onde estivéssemos, tratava-se de uma disposição: nossa, de acolhermos o que os pacientes nos trouxessem; deles, que assentissem falar sobre suas vivências do câncer, sobre o qual muitas vezes nem se sabe o que dizer.

Além do trabalho com os pacientes, a atuação neste ambulatório incluiu também a comunicação com a equipe multidisciplinar, para a interlocução e troca de informações entre as diferentes áreas. Recebemos encaminhamentos pela equipe médica, que nos comunicava sobre pacientes aos quais acreditava ser importante o acompanhamento psicológico, bem como alguns pedidos de consultas feitos pelos profissionais da Enfermagem e da Farmácia, quando identificavam a presença de questões de ordem subjetiva. Pedíamos ainda informações acerca dos pacientes aos demais profissionais, com o objetivo de conhecer seus quadros clínicos e históricos. Como salientaram Bezerra et al. (2021), para atuação no setor de Oncologia, o psicólogo deve conhecer o diagnóstico e prognóstico do paciente, sendo necessário, assim, o contato com os profissionais da Medicina e Enfermagem, para que possam contribuir na facilitação da compreensão e, assim, na melhora da assistência ao paciente. Também estabelecemos contato com o Serviço Social, no intuito de que fosse possibilitado que alguns indivíduos tivessem acesso a recursos que lhes permitissem prosseguir com seus

tratamentos, se assim escolhessem.

Nesse contexto, é válido salientar a importância do trabalho interdisciplinar. Bezerra et al. (2021) elucidaram as distintas modalidades de trabalho que envolvem a interação entre diferentes áreas profissionais. Na primeira delas, a atuação multiprofissional, cada um atua a partir de sua especialidade. Há, assim, uma junção de saberes, a qual resulta em uma assistência fragmentada. No modelo interdisciplinar, por sua vez, há a proposta do diálogo entre os diferentes saberes, de forma a aperfeiçoar o atendimento prestado. Desta maneira, para além da intervenção realizada para o paciente e familiares, é necessária a atenção à equipe, de forma a compreender o papel de cada área profissional, com seus diferentes alcances e possibilidades de contribuição, visando promover a articulação conjunta de um plano de cuidados aos pacientes. Nesse trabalho, é essencial o reconhecimento e a validação das vivências dos indivíduos em tratamento de câncer, considerando que frequentemente os profissionais depositam a expectativa de que o paciente seja forte e se mantenha em um estado de positividade, o que, porém, acaba por prejudicar a expressão e elaboração dos lutos envolvidos no adoecimento, conforme nos advertiram Perina e Ciccone (2020).

Em nossa prática, houve restrições quanto à atuação interdisciplinar, em vista da grande quantidade de pacientes assistida diariamente, o que reduzia a disponibilidade de tempo dos profissionais para a maior participação em discussões sobre os casos clínicos. Sendo assim, os diálogos ocorriam de forma breve, de forma a conciliá-los com a demanda de trabalho. Nas supervisões semanais entre as profissionais da Psicologia, foi possível discutir mais profundamente os casos clínicos e assuntos emergentes nos atendimentos. Uma das temáticas que esteve em pauta nas supervisões foi a morte, questão que ficou evidente no relato de diversos pacientes atendidos, valendo lembrar aqui da problemática relacionada à vida e à finitude que sucede desde o momento do diagnóstico do câncer. Em seu trabalho, cabe ao psicólogo o estudo e a reflexão sobre a morte, posto que este se trata de um fenômeno inerente ao ser humano.

A despeito das limitações ao longo dos meses de trabalho, como a impossibilidade de

maior diálogo com a equipe e inviabilidade de atendimentos psicológicos aos pacientes em determinados momentos devido aos efeitos do tratamento oncológico, foi possível realizar um trabalho de promoção de saúde mental neste ambulatório, por meio da abertura para a subjetividade. Diante das repercussões subjetivas do diagnóstico e tratamento de câncer, assim como no período posterior ao tratamento, faz-se importante a atuação do profissional da Psicologia no setor de Onco-hematologia. Foi promovido um espaço de fala para os pacientes, aos quais muitas vezes não é proporcionada a conversa sobre o adoecimento pelo câncer, mas sim a discussão sobre a doença. Como salientaram David et al. (2016, p. 297): “É por meio desse movimento, de dirigir sua fala a um outro que possa conduzir o tratamento psicológico, que o paciente pode se implicar em seu tratamento, participar ativamente do processo de adoecimento e amenizar sua dor”.

Considerações Finais

No presente artigo, transmitimos, sucintamente, nossa experiência profissional neste ambulatório de Onco-hematologia. Por meio de fragmentos de atendimentos realizados, articulados a contribuições já existentes na bibliografia sobre a temática, apresentamos aspectos que identificamos a partir dos relatos desses pacientes. O abalo frente ao diagnóstico de câncer e as tentativas de significá-lo, as perdas e mudanças envolvidas no tratamento, assim como as dificuldades e sofrimento persistentes mesmo após a remissão da neoplasia foram alguns pontos que ficaram evidentes. Para além das alterações orgânicas, o câncer produz efeitos a nível subjetivo e, desta forma, vivências singulares do adoecimento. Expusemos algumas delas, para demonstrar a pluralidade de direções e questões subjacentes a essa enfermidade.

Pela descrição deste relato de experiência profissional, foi possível verificar a multiplicidade de questões envolvidas no diagnóstico e tratamento do câncer, o que denota que este não se reduz a uma disfunção orgânica e respectivas repercussões no funcionamento dos órgãos e sistemas. Trata-se de algo

que sucede, irrompe na vida do indivíduo e acarreta mudanças antes, durante e depois do tratamento. Desta maneira, juntamente aos dados referentes à histologia e fisiologia do organismo, importantes para o estabelecimento das diretrizes clínicas, é importante considerar os aspectos subjetivos relacionados ao câncer, os quais estão envolvidos no modo como o indivíduo irá vivenciar e se posicionar em relação ao seu tratamento. Nesse contexto, a escuta pelo profissional da Psicologia pode servir à minimização do sofrimento psíquico envolvido no diagnóstico do câncer, bem como à elaboração e significação do adoecimento pelo indivíduo.

Considera-se que este estudo é relevante para demonstrar a importância da atuação do profissional da Psicologia no setor de Onco-hematologia, em proporcionar um espaço de escuta para os indivíduos durante e após o tratamento de câncer. Ademais, as informações apresentadas podem auxiliar no desenvolvimento de futuras pesquisas sobre a temática, bem como na sensibilização de profissionais de saúde de outras áreas acerca dos aspectos subjetivos implicados no adoecimento por câncer, os quais são indissociáveis dos impactos orgânicos.

Referências

- Angerami-Camon, V. A. (2016). A subjetivação do câncer. In V. A. Angerami-Camon, & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 15-94). Casa do Psicólogo.
- Bezerra, T. L., Tausirano, A. A. A., & Prebianchi, H. B. (2021). Psico-oncologia. In: M. N. Baptista, R. R. Dias, & A. S. D. Baptista. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 39-50). Guanabara Koogan.
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223-237. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013

- David, A., Windlin, I., & Gaspar, K. C. (2016). O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da Psicologia. In V. A. Angerami-Camon, & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 295-314). Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1996a). Luto e Melancolia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. XXI, pp. 65-151). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1917[1915]).
- Freud, S. (1996b). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. XXI), (pp. 65-151). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1930[1929]).
- Freud, S. (1996c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. XIV, pp. 75-108). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (1996d). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. VII, pp. 117-231). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1905).
- Hammer, G. D., & McPhee, S. J. (2016). *Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica*. AGH.
- Instituto Nacional do Câncer (2022, 31 de maio). *O que é câncer?* Recuperado de: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/>
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1969).
- Moretto, M. L. T. (2013). Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar. In M. D. Moura (Org.), *Oncologia: clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp. 352-365). Artesã.
- Moura, S. T. (2013). Sentença ou renovação. In M. D. Moura (Org.), *Oncologia: clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp. 202-206). Artesã.
- Perina, E. M., & Ciccone, A. O. (2020). A vida por um fio: luto no adoecimento pelo câncer. In G. Casellato (Org.), *Luto por perdas não legitimadas na atualidade* (pp. 120-142). Summus.
- Vieira, S. C., & Coelho, E. G. (2015). *Oncologia básica*. Lemar.