

DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE AO CÂNCER

*Arlane da Silva Vasconcelos

** Cristina Costa

*** Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

* Psicóloga Clínica, graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba com formação em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Treinamento e Consultoria em Psicologia Hospitalar. Especialista em Saúde Pública pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED). Rua: Monteiro Lobato, nº366, Bairro: Alto Branco. Campina Grande – Paraíba. CEP: 58102-470. Email: arilane@gmail.com

** Psicóloga Clínica e Hospitalar; Especialista em Psico-oncologia; Psicanalista pela UNB; Mestra em Psicanálise pelo IMPAR – BRASÍLIA. Endereço: Rua Aprígio Nepomuceno, 200. Jardim Paulistano. Campina Grande – PB. Cep: 58105285 Email: crispb@terra.com.br

*** Psicólogo Clínico. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de São Paulo. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Endereço: Av. Beira Rio, 230. Apto. 101. Ilha do Retiro. Recife-PE. E-mail: lnfbpsi@uol.com.br

RESUMO

Os Transtornos Ansiosos estiveram presentes em diferentes momentos históricos e culturais. O adoecimento humano intensifica e nos remete a uma profunda investigação sobre medos e fantasias frente à possibilidade de morte que o estigma de algumas doenças, como o câncer, pode causar. Nesse contexto, objetivou-se analisar os sintomas de ansiedade em 35 pacientes oncológicos do Hospital da FAP em Campina Grande - PB. Os instrumentos utilizados foram: questionário sócio-demográfico, a avaliação do estado de exame mental, a escala de Hamilton e entrevista semi-estruturada para garantia de uma demanda mais natural de informações coletadas e analisadas a partir de categorias analíticas. Os resultados indicaram que os pacientes oncológicos sofrem de sintomas ansiosos mesmo antes de seu diagnóstico, tais transtornos encontram-se mais evidentes durante a trajetória de internação e tratamento parte do processo de recuperação. A presença de sintomas ansiosos apresentou-se ligada principalmente a dois fatores: a associação entre o câncer e a iminência de morte e a ausência da família. Logo, a cura para muitos dos entrevistados é fator de dúvida o que repercute numa má informação sobre o tema.

Palavras-chave: ansiedade, fantasias, câncer.

ABSTRACT

The Anxiety Disorders had been gifts at different historical and cultural moments. The human illness intensifies and in it sends to a deep inquiry on fears and fancies to them front of the death possibility that the stigma of some illnesses, like cancer, can cause. In this context, it was objectified to analyze the symptoms of anxiety in 35 cancer patients of the FAP's Hospital in Campina Grande – PB. The used instruments had been: partner-demographic questionnaire, the evaluation of the state of mental examination, the scale of Hamilton and interview half-structuralized for guarantee of a more natural demand of information collected and analyzed from analytical categories. The results had indicated that the cancer patients suffer exactly from anxious symptoms before its diagnosis, such upheavals meet during the trajectory of internment and treatment evident party to suit of recovery. The presence of anxious symptoms mainly presented on the two factors: the association between the cancer and the imminence of death and the absence of the family. Soon, the cure for many of the interviewed ones is doubt factor what it reverberates in one me the information on the subject.

Keywords: anxiety, fantasy, cancer.

INTRODUÇÃO

Em um breve histórico, encontramos a ansiedade vinculada aos estudos da neurose. Inicialmente denominada de “neurose de ansiedade”, repercutiu em uma variedade de interpretação no sentido de seus sintomas e suas causas, originando os diversos transtornos ansiosos que nos são conhecidos na atualidade.

De acordo com o *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders – DSM IV* (1994), no ano de 1980 a ansiedade patológica passa a ser classificada e admitida como doença mental. Provocada por uma situação subjetiva de medo, insegurança, terror ou até mesmo, emoção desagradável, repercutindo tanto em manifestações corporais voluntárias e involuntárias, quanto em alterações biológicas e químicas. O que nos leva a entender que, a ansiedade passou a ser motivo da nossa existência e não da nossa sobrevivência.

Esse estado emocional composto por aspectos fisiológicos e psicológicos estruturais da experiência humana, torna-se um dos dispositivos reativos mais evidentes nas situações vivenciadas individualmente. Nessa perspectiva, Brandão (2001) destaca como fator precipitante da ansiedade, a simples participação na vida contemporânea. Esta cotidianidade agitada, competitiva e consumista, torna o sintoma uma condição do homem moderno.

A doença e seu tratamento, afirma Schávelzon (1969), representam uma marca, um acréscimo a nossa história pessoal. O ser humano não está preparado para muitos desses acréscimos, as doenças ditas incuráveis, estas acabam perfazendo a trajetória do adoecimento de forma dolorosa, o câncer, neste sentido, é uma delas.

Observamos que, muito embora existam grades avanços científicos e a atualmente vivenciamos uma revolução tecnológica, o conceito do câncer ainda permanece associado a sofrimento e morte. Em todas as regiões do mundo, ainda que se tenham ostensivamente outros sérios problemas de saúde, o câncer ainda revela seus efeitos de medo. Esse adoecimento que influencia na atividade mental, física e emocional, tende a amparar o sintoma da ansiedade como forma de descarga de energia das constantes inquietações. Vale destacar que a história de vida de cada pessoa, suas experiências passadas, educação, sexo, idade, personalidade, repercutem de forma positiva ou negativa para o enfrentamento de um sintoma, por isso, alguns indivíduos enfrentam melhor determinada situação que outros.

O prejuízo causado pelas expectativas negativas em relação ao câncer, causa malefícios diretos ao paciente, visto que as crenças preconcebidas existentes na sociedade estão introjetadas particularmente na estrutura familiar de cada indivíduo (SIMONTON *et al*, 1978). O ambiente hospitalar, cena escolhida por nossa pesquisa, teve caráter intencional, já que, o simples fato de um paciente ser portador de uma doença culturalmente vinculada à morte o faça desenvolver ansiedade. Falaremos, então, sobre o Câncer, como também os aspectos que interligam o Câncer e a Ansiedade eixo norteador da nossa pesquisa.

Uma breve história da ansiedade e sua relação com estressores

Inicialmente a literatura psiquiátrica considerava o conceito de Ansiedade atrelado ao conceito de neurose, visto que, a neurose traz em sua trajetória uma diversidade de transtornos ansiosos. Ocorreram consideráveis mudanças, na conceituação do sintoma da ansiedade, que agora patológica, conforme o DSM-IV (1994) passa a ser classificados como distúrbios de ansiedade (ansiedade generalizada, pânico e distúrbio obsessivo-compulsivo), fobia (agrofobia, social e simples), como também, distúrbios de estresse pós-traumático e distúrbio de ansiedade típica.

A própria descrição da palavra “ansiedade”, originária do grego, contém a idéia de constrição e é considerada como um estado emocional, vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoções, desagradável, dirigida para o futuro, desproporcional e desconforto somático subjetivo, e alterações somáticas manifestadas, afirma Gentil *et al* (1997). Esse conceito encontra na literatura latina uma forma simplificada, trata-se de manifestação psíquica acompanhada de manifestação somática, o que, como nos lembra Neve (2004), coloca a mente como produto do cérebro.

No Brasil, o sistema classificatório vigente, chamado Classificação Internacional de Doenças, proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1993), identifica tais transtornos ansiosos, de acordo com as manifestações de ansiedade, não conservando como princípio organizador superior o conceito de neurose, apenas agrupando os transtornos neuróticos relacionados a estresse devido à sua associação histórica.

Ao ser considerada a necessidade fisiológica de nos adaptarmos às diversas circunstâncias através da ansiedade, falamos em ansiedade normal. Não é um estado normal, mas é uma reação normal, assim como a febre não é um estado normal, mas uma

reação normal a uma infecção. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas por serem naturais e autolimitadas.

Sabendo que a ansiedade é um sinal de alerta, que adverte sobre perigos iminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças. O medo torna-se uma resposta imediata a uma ameaça conhecida, definida. Sendo assim, ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, vaga, que possui o papel de preparar o organismo para tomar as medidas necessárias para impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir suas conseqüências. Portanto a ansiedade é uma reação natural e necessária para a autopreservação. Os estados de ansiedades anormais, que constituem síndromes de ansiedades, quando patológicas requerem tratamento específico.

É preciso lembrar que, a tensão oriunda do estado de ansiedade pode gerar comportamento agressivo sem com isso se tratar de uma ansiedade patológica. A ansiedade é um acompanhamento normal do crescimento, da mudança, de experiência de algo novo e nunca tentado, e do encontro da nossa própria identidade e do significado da vida. A ansiedade patológica, por outro lado caracteriza-se pela excessiva intensidade e prolongada duração proporcionalmente à situação precipitante. Ao invés de contribuir com o enfrentamento do objeto de origem da ansiedade, atrapalha, dificulta ou impossibilita a adaptação.

Na literatura revisada, a diferenciação de uma ansiedade normal da patológica verifica-se pela sua intensidade e duração da resposta de ansiedade ao estímulo. A ansiedade normal se restringe a uma determinada situação, e mesmo que uma situação problemática causadora de ansiedade não mude, a pessoa tende a adaptar-se e tolerar melhor a tensão diminuindo o grau de desconforto com o tempo, ainda que a situação permaneça desfavorável. Já a resposta patológica está permanentemente alterada. Todavia, a prevalência da ansiedade na população em geral se situa na faixa de 5%, sendo o público feminino as maiores vítimas de tal transtorno, porém, a fobia social contradiz tal afirmação, visto que, seu maior número de vítimas é o público masculino.

Os equipamentos biológicos da ansiedade persistem em nossa natureza, capacitando-nos para uma melhor relação diante de ameaças. Em nossos ancestrais esse mecanismo era destinado à sobrevivência, a luta pela vida. No entanto, com a civilidade o ser humano passou a enfrentar outros tipos de perigos, a competitividade social, a sobrevivência econômica e demais ameaças abstratas.

A ansiedade estimula o organismo a tomar as medidas indispensáveis ao impedimento da ameaça ou, no mínimo, reduzir suas conseqüências. Quando o cérebro, independente de vontade, interpreta alguma situação como ameaçadora (estressante), todo o organismo passa a desenvolver uma série de alterações denominadas, em seu conjunto, de Síndrome Geral da Adaptação ao Estresse. Sendo assim, todas as respostas corporais entram em estado de prontidão geral, ou seja, todo organismo é mobilizado sem envolvimento específico ou exclusivo de algum órgão em particular.

Os estímulos que predispoem a ansiedade podem ser internos ou externos. Os estímulos internos são originários de conflitos pessoais o que refletem a tonalidade afetiva de cada um. Os conflitos externos, por sua vez, são ameaças concretas contidas no cotidiano. Tais conflitos fazem parte da saúde emocional do ser humano, porém, a forma como este os afeta depende da maneira que cada indivíduo vê e sente o mundo. Logo, o que esses estímulos significam para as pessoas torna-se mais importante do que a própria existência deles.

O adoecimento de câncer

Ainda hoje, muitos cientistas comungam da idéia de que o câncer possui causas completamente não definidas. A genética área da medicina que estuda os genes e o seu comportamento enfatiza a mutação existente nas células cancerígenas, no entanto, esse é apenas o primeiro passo.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2007), em um contexto biológico, o câncer nada mais é do que uma alteração do processo de morte e/ou proliferação celular originado um desequilíbrio, proporcionando assim, um acúmulo de células. Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras regiões do corpo.

Ainda de acordo com o INCA (2007), as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões

externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

A incidência de câncer no Brasil vem aumentando cada ano e, em se tratando de realidade brasileira, assim como em vários países desenvolvidos, não se pode conhecer o número real de casos diagnosticados a cada ano pelos serviços de saúde, visto que, ainda se encontra falha no sistema de registro de câncer que cubra todo o território nacional, evidenciando a importância das estimativas anuais.

Partindo do princípio de que os sujeitos sofrem e manifestam seu sofrimento, em maior ou menor grau. Este assume diferentes significados, o que significa não ser manifestação única para todos os indivíduos. Dentre as mais variadas maneiras de se experimentar e manifestá-lo o sofrimento, a fala, os sonhos, o corpo, atos são os veículos mais visíveis.

Para Freud (1920), o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido (angústia); ou medo quando ele é conhecido; ou susto quando o sujeito topa com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo.

O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude, mesmo sabendo que o morrer é parte inerente da condição humana. A existência de toda uma propulsão social de negação da morte é prática comum. “Essa negação de forma constricta cerceia toda e qualquer tentativa de compreensão das implicações da morte no cotidiano das pessoas” (ANGERAMI-CAMON, 2002, p.102).

Historicamente, o câncer é visto como uma doença que induz fatalmente à morte. “A morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo”. (KUBLER-ROSS, 2001, p.14) Esta visão da sociedade em que a morte é encarada como tabu, onde os debates são considerados mórbidos, e as crianças afastadas sob pretexto de não suportarem a perda, faz com que doenças como o câncer seja considerado desumano.

Em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. Tal atitude nos remete sentimentos como, onipotência, refletidos na infância e fantasiados na vida adulta. Nesse morrer, o paciente experimenta a dor de se sentir enterrado antes mesmo de ter morrido. O diagnóstico tem a expressão significativa de um suposto atestado de óbito.

Sabemos que com o avanço da tecnologia médica favoreceu a cura de doenças como o câncer e o prolongamento da vida; porém, a morte ainda é considerada associada a este sintoma, afirma Kovács (2003). Cada paciente tem uma história pessoal, uma biografia e uma ambiente psicossocial. Tais contextos variados contribuem para uma melhora ou piora diante da aceitação do sintoma. Segundo Kovács (1992) para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa idéia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento.

Durante a fase de enfrentamento do sintoma o que implica a iminência de morte, o paciente é estimulado a profundas reflexões sobre a própria vida e o processo de perda já ocorre no momento do diagnóstico, pela associação direta à idéia da morte. Kübler-Ross (2001) destaca que, comumente, a negação é uma defesa temporária. A atitude de Negação ansiosa em virtude do sintoma quer seja no início da doença, ou mesmo ao longo do tratamento, ocorre também devido ao não preparo do paciente. “Em todo paciente existe, vez por outra, a necessidade da negação, mais freqüente no começo de uma doença séria do que no fim da vida” (p.54).

O sentimento de raiva substituto da negação ocorre pelo descontrole da evolução da doença pelos pacientes. Aliado a atitude de aceitação doença, encontra-se a barganha, que na realidade, é uma tentativa de adiamento do desenvolvimento da doença. Para a autora, quando não há mais negação da doença, e os pacientes são forçados a submeterem-se cirurgias e hospitalização, começa a surgir novos sintomas, e sentimento de perda. Esse sentimento de perda envolvido de angústias e ansiedades encontra na depressão uma possível válvula de escape, para resolução do problema.

A depressão geralmente é encontra em pacientes fora de alcance terapêutico (pacientes terminais). A condição social a que os indivíduos são impostos como impossibilidade de exercer as suas funções, perda do convívio familiar, perda da própria liberdade de escolha, os torna incapaz de conviver coma própria doença. “Quando a depressão é um instrumento na preparação para perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estágio de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser” (KÜBLER-ROSS, 2001, p.101)

Por fim, para aceitação do sintoma é preciso trilhar uma longa jornada, este sujeito que agora externa seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles

que não são obrigados a enfrentar a morte cedo, passam a entender o sintoma não como sentença de morte mais como consequência da vida.

A família também experimenta diferentes estágios de adaptação ao sintoma, sofre e encontra-se obrigada a gerenciar certas mudanças, as quais muitas vezes são difíceis de serem adaptadas. Muitos dos membros a princípio não acreditam na doença, e a tratam como algo exterior ao núcleo familiar e passageiro.

O diagnóstico para qualquer tipo de câncer estimula as emoções e dá um grau de incerteza e insegurança para o paciente e para a família. O paciente de câncer vive um emaranhado de emoções que incluem da ansiedade, luta pela dignidade, a um acentuado temor ao seu tempo de vida. Os parentes próximos sentem a mesma emoção que os pacientes, a exemplo, o momento de raiva. Primeiramente ficam com raiva do médico em seguida, sentem-se frustrados diante a impossibilidade de curar, afirma Kubler-Ross (2001).

É comum à família após receber o diagnóstico de câncer, passar por muitas das fases que são semelhantes as do próprio paciente: choque, negação, revolta, barganha, depressão e aceitação da realidade. Sobretudo, a família frente ao adoecimento pode comporta-se tanto na melhoria dando apoio ao doente quanto na sua piora, em se tratando de abandono vistas a impossibilidade de ajuda, assim justificam.

O ser humano enquanto doente encontra-se fragilizado, o que torna o papel da família ainda mais delicado, visto que, tão somente a sua vontade sem apoio dos familiares torna o processo de cura ainda mais difícil (KUBLER-ROSS, 2001). Neste sentido a família representa mais do que a simples presença de alguém promovendo cuidados ao paciente. O familiar representa alguém que, independente das possibilidades terapêuticas, pode compreender e realizar com carinho difíceis tarefas de rotina a cumprir. Assim uma estrutura saudável da família, quando esta possui boas comunicações entre os membros, facilita também a forma como é vivenciada a doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, subsidiado em uma abordagem qualitativo-quantitativa visto que a parceria tende a uma melhora na compreensão do fenômeno estudado. Haguette (1992) destaca que o método quantitativo garante a

comparabilidade dos dados, enquanto que o método qualitativo redireciona a linha de investigação, a partir de informações adquiridas ao longo da pesquisa, valorizando a interação pesquisador/informante.

A coleta de dados foi realizada na cidade de Campina Grande, Paraíba, com pacientes oncológicos pertencentes à Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Foram utilizados para amostra os pacientes usuários do serviço único de saúde (SUS).

Participaram da pesquisa 35 pacientes internados no hospital da FAP da cidade de Campina Grande – PB. Ambos os gêneros masculino e feminino com idades entre 20 a 65 anos de idade. Para seleção da amostra levou-se em consideração o critério da idade (20 e 70 anos de idade) objetivando o traçado sobre o perfil sócio-demográfico. Foram desconsiderados critérios como: raça, cor, religião, escolaridade, nível socioeconômico, estado clínico do paciente e o tipo de câncer.

Na intenção de uma maior amplitude sobre o tema na visão hospitalar utilizamos três instrumentos para a coleta de dados. Os instrumentos utilizados foram Questionário sócio-demográfico, Escala de Hamilton e Entrevista Semi-estruturada para garantia de uma demanda mais natural do nível de informação dos pacientes.

O primeiro instrumento de coleta de dados foi questionário sócio-demográfico. Em um segundo momento, a amostra foi submetida a uma entrevista semi-estruturada bem como a escala de Hamilton, aplicados de forma espontânea, com total aceitação, onde se pode divagar sobre o tema na forma de questionamentos direcionados pelo pesquisador.

Numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de uma definição e avaliação quanto ao sintoma da ansiedade, visto que, esta pode ser generalizada ou focada em situações específicas, o que pode envolver também da personalidade do indivíduo.

Segundo Keedwell e Snaith (1996), as escalas de ansiedade podem medir vários aspectos que agrupados tomam os seguintes tópicos: humor, cognição, comportamento, sintomas somáticos e outros.

Na busca de possíveis avaliações somáticas dos pacientes escolhemos a escala de ansiedade de Hamilton, criada em 1959, escala de avaliação clínica composta por quatorze itens subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintoma de humor ansioso e sete relacionado a sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado conforme a grau de intensidade o que totaliza o escore total.

A escala era aplicada de acordo com o curso do atendimento para garantia de livre demanda dos pacientes. O objetivo de tal procedimento foi detectar as possíveis características comuns dos pacientes imbricados no sintoma de ansiedade.

Na busca de dados complementares a partir do imaginário dos pacientes, a entrevista deteve a captura da sensibilidade, do não-dito, da sensação, da emoção e da intuição referente ao tema Ansiedade em uma realidade oncológica. Sendo assim, a entrevista semi-estruturada, em parte objetivando algo de nosso imaginário, também cogitou de liberdade para o entrevistado, que expressou a necessidade de desenvolver e aprofundar aspectos que foram espontaneamente colocados.

O trabalho referido cumpriu com as exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que faz referência aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética. Foi Formulado um Termo de Compromisso do Pesquisador, como também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, destinado ao Sujeito da Pesquisa, a fim de disponibilizar as informações imprescindíveis ao conhecimento dos educadores, tais como: identificação, justificativa, objetivo e descrição dos instrumentos utilizados, não desmerecendo as questões como o sigilo e a confidência das informações expostas.

Do ponto de vista qualitativo, proporcionado pela diversificação dos discursos, deu-se a origem aos núcleos temáticos. Tais conteúdos foram traduzidos em unidades para análise, para então serem refeitos mediante significação. Com o auxílio dessa metodologia observamos aspetos peculiares no que se refere ao paciente, como gênero, estado civil e idade, para assim descrever o fenômeno estudado. Respeitando o que a situação requer manejo e habilidade considerável para o julgamento dos fatores relevantes para a pesquisa. Para Haguette (1992) o método quantitativo característico na standardização dos procedimentos da coleta de dados, configurando-se no questionário, tem primazia na comparabilidade dos dados.

Os dados da entrevista e das observações da pesquisadora são analisados pela técnica da análise de conteúdo, a partir da análise temática definida por BARDIN (1997) onde o fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação da superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinaram estas características deduzidas logicamente.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por meio da aplicação do questionário sócio-demográfico, foi possível realizar o levantamento do perfil dos pacientes em questão, bem como fazer a verificação da incidência de alguns tipos de câncer, mediante análise quantitativa. Os dados obtidos foram abordados em cinco categorias de análise: gênero, faixa etária, estado civil, profissão e tipologia do câncer.

Entre os participantes, 71% dos entrevistados foram mulheres. A média de idade entre todos os entrevistados foi de 50 anos, sendo que as mulheres com média de 48 anos e os homens com 56 anos. A maioria dos pacientes é casada correspondendo a 63%. Os demais são solteiros e viúvos, correspondendo a 31% e 6% respectivamente.

43% dos entrevistados são agricultores, valor similar ao somatório Aposentados e Domésticos, correspondente a 26 % e 23%. Outras profissões corresponderam a apenas a 8% do total dos entrevistados.

Entre as mulheres, 45% apresentou diagnóstico de câncer de colo de útero, 32% de mama, 15% de ovário e 8% do reto. Dos casos de câncer para o sexo masculino, 40% foram de próstata, 35% de estômago, 20% de laringe e 5% de pênis.

No tocante a *Descrição Geral* dos pacientes oncológicos entrevistados, a subcategoria **Aparência** se deteve a três exemplos, aparência envelhecida com 75,5%, aparência doentia com 13,5% e aparência desconfortável com 11%.

Em se tratando da subcategoria **Humor** foi delimitado três exemplos, humor ansioso com 57%, humor desesperançado com 28,5% e humor deprimido com 14,5%. O **Afeto** referente aos pacientes nos revelou três exemplos, afeto embotado com o maior percentil de 65,5%, em seguida o afeto constrito com 27,5% e afeto plano com 7%.

Com relação às **Atitudes** dos pacientes entrevistados **Frente Ao Terapeuta** encontramos quatros exemplos, atitude franca com o maior percentil de 64%, atitude defensiva com 20%, atitude atenta com 12% e atitude apática com 4%.

Tal Descrição Geral baseada no Compêndio de Psiquiatria (1997) nos revela um perfil geral dos entrevistados que se enquadra em pacientes oncológicos com Aparência Envelhecida, Humor Ansioso e Afeto Embotado, com Atitudes Franca frente ao terapeuta.

Um outro ponto evocado pela avaliação do estado mental dos pacientes, seria a *Fala* que através da sua quantidade, velocidade e qualidade nos expõem características importantes do paciente frente à situação atual.

Neste Contexto, a categoria *Fala* subdividida em quantidade, velocidade e qualidade. Com relação à **Quantidade** a fala encontrada em nossa pesquisa corresponde a um percentil de 85% responsiva e 15% contida.

Quanto à **Velocidade** forma também encontradas duas características a **logorreica** com percentil de 75% e, taciturna com apenas 25%. Já com relação à **Qualidade** da fala foram evidenciadas três características, a **emotiva** com 55%, a dramática com 30% e sussurrada com 15%.

No tocante, a categoria *Pensamento*, em se tratando da forma corresponde a 68% **superabundância**, 30% pobreza de idéias e 2% a fulga de idéias. No que diz respeito ao conteúdo dos pensamentos dos pacientes oncológicos foram evidenciados três tipo de exemplos, com 60% idéias, 40% as crenças e sem nenhum registro de perturbações nos pacientes entrevistados.

Também são de grande importância para uma avaliação do estado do exame mental as características sensoriais e cognitivas do paciente. Esta parte do exame mental procura avaliar as funções cerebrais e a inteligência do paciente, a capacidade para o pensamento abstrato e o nível de insight e julgamento.

Em se tratando da categoria, *Sensório e Cognição*, encontramos o **Estado de Consciência Normal** com 98% do percentil dos pacientes entrevistados. Em sua maioria **Auto e Alo orientados** correspondendo a 89%.

A **Memória Remota** com 96% do percentual, o que significa sem prejuízos referentes aos dados sobre infância, eventos importantes e atualidade. Também foram evidenciados uma boa **Concentração** com 89% do percentil, o **Pensamento Abstrato Normal** com 98%, a uma boa capacidade de julgamento com 97%, finalizando com boa disposição para o **Insight** correspondendo a 97%.

A avaliação do Exame de Estado Mental dos entrevistados foi adaptada a realidade em questão, assim, muitas das características correspondentes as propostas por Kaplan *et al* (1997) aqui não foram citadas por não estarem de acordo com o objetivo da pesquisa.

Em relação aos dados da escala de Hamilton, foram elencados três núcleos temáticos, o *Ansiedade, os Sintomas Físicos da Ansiedade e o Comportamento durante a entrevista*. Ou seja, para cada categoria acima citadas seus respectivos sintomas.

Em se tratando da categoria **Humor Ansioso**, dados revelam que 37,5% corresponde a apreensão quanto ao pior. Quanto à categoria **Tensão** 34% do percentil refere-se à incapacidade de relaxar. O **Medo da Morte** corresponde a 80% do percentual encontrado nos pacientes. A **Insônia** reflete no sono interrompido correspondendo a 43% do total da demanda. As **Dificuldades Intelectuais** são externalizadas na falta de concentração com 71,5%. O **Humor Deprimido** é caracterizado pela oscilação de humor com 74% do percentil. Contudo, as **Somatizações Sensórias** retratam a sensação de fraqueza o que corresponde a 43% das evocações sinalizadas.

Quanto aos *Sintomas Físicos* da ansiedade, a categoria **Somatização Motora** revela um percentual de 75% de voz insegura. Os **Sintomas Cardiovasculares** são representados por dores no peito com 85,5% da demanda. Os **Sintomas Respiratórios** expõem 71,5% de respiração suspirosa. Os **Sintomas Gastrintestinais** tem o seu maior percentil em deglutição difícil com 57%. Dentre os **Sintomas Neurovegetativos** encontramos com 57% do percentual das evocações dos pacientes a característica boca seca. No entanto, não se há ocorrência de Sintomas Genuitários o que correspondeu a 0% do número de evocações.

O *Comportamento Durante a Entrevista* outro ponto observado pela escala Hamilton, nos deu referência quanto ao comportamento geral e fisiológico. No geral os pacientes sempre franziam a testa o que correspondeu a 62,5% do percentual. No fisiológico com a maioria percentual referente a 85,5% esta a dilatação pupilar.

Os dados levantados em nossa pesquisa serviram para a constatação do diagnóstico de ansiedade, bem como a caracterização do paciente oncológico em estado de ansiedade que aliado também às características do exame mental concluíram sua afirmativa. É importante ainda ressaltar, que o grau de ansiedade fator cogitado na escala de avaliação de Hamilton, aqui não foi de interesse da pesquisa deixando para futuros pesquisadores tal proposta.

Aspectos qualitativos:

As falas dos pacientes oncológicos com relação ao diagnóstico de câncer configuram um percentil de 60% em que diferentes colocações são traduzidas numa mesma idéia “Eu descobri por acaso, achava que o que tinha não era importante, por isso

não cuidei logo”. Essa **Resistência** relacionada ao possível diagnóstico de câncer, faz da doença um dos maiores responsáveis pela manutenção das taxas de mortalidade elevadas.

O momento pré-diagnóstico antecede à confirmação do diagnóstico; não diz respeito apenas ao momento de suspeita de algo encontrado pelo pacientes, mas abrange também o tipo de relação estabelecida entre o paciente e a doença.

A estratégia para o enfrentamento do sintoma de câncer, advém das primeiras experiências, dos valores introjetados, das circunstâncias em que o indivíduo vive, das crenças, das características de personalidade, das habilidades de solução de problemas, das habilidades sociais, enfim, é um conjunto de experiências que fazem parte da subjetividade do indivíduo, como afirmam Lazarus e Folkman (1984).

As **Crenças** relacionadas ao diagnóstico de câncer, presentes nos discurso dos pacientes refletem posicionamentos religiosos, conceituais e valores familiares, que muito interferem na forma de como é conduzida à doença. Culturalmente o câncer é associado à morte, o que contribui para a não aceitação do diagnóstico, afirma Kübler-Ross (2001). Como podemos observar em alguns extratos de falas dos pacientes abaixo:

O povo diz que o câncer não tem cura, que cai o cabelo e você morre aos pouco, é assim que o povo da minha cidade acredita que é, e eu também. (C 60 a)

Meu vizinho morreu de câncer, e acho que peguei dele. (T 50 a)

Ela colocou macumba pra mim, só porque deixei ela, por isso peguei essa doença que não gosto nem de falar o nome. (P 55 a)

Minha mãe sempre dizia pra não sentar em banheiro público, agora veja no que deu. (L 40 a)

Assim que comecei a sentir dor, fui para a igreja orar pra ficar boa, aí parei de sentir dor, depois de dois anos vim pra o médico e descobri que tava doente. (V 58 a)

Deus vai me curar, pois já me curou antes acredito nos médicos mais primeiramente em Deus. (F 48 a)

Sempre trabalhei na roça e pegando peso, tomei muito remédio de planta que me indicaram para dor, fiquei boa. Agora não consigo comer porque não passa e quando fui fazer exame me encaminharam pra aqui, que da jeito. (N 60 a)

No tocante as ansiedades vivenciadas pelos pacientes oncológico, foram possíveis destacar três subcategorias mais incidentes no referidos discursos. A **Apreensão** com 50% do percentil, o **Desânimo** com 35% e a **Falta de Apetite** com 15%.

Freqüentemente os pacientes admitidos em uma instituição hospitalar apresentam-se, muitas vezes sem informações, sobre a doença, o que sugere um desconhecimento favorável ao aparecimento de reações emocionais imprescindíveis para a sobrevivência do homem, como a ansiedade que se encontram presentes desde a positividade do diagnóstico, até a expectativa da cura. Assim, encontramos imbricados nos discursos dos pacientes oncológicos sintomas de ansiedade presentes na constatação do sintoma, como também ao longo da internação, parte do processo de cura.

A internação é muito ruim a gente fica aqui esperando o médico pra dizer que a gente ta bom, e quando ele chega troca o remédio e pronto, isso da muito desgosto. (P 35 a)

Desde que soube que vinha pra cá me deu um frio na barriga, só consigo pensar em coisa ruim, que não vou mais sair daqui. (J25 a)

Não sinto vontade de fazer nada, fico pensando quando vou melhorar, não quero receber visitas quero ficar sozinho. (L 30 a)

Fico pensando na minha casa e nos meus filhos aí só da vontade de chorar. (R 49 a)

No que concerne aos medos relacionados ao sintoma de câncer encontramos um percentil de 80% relacionado à **Morte** e apenas 20% relacionados à **Internação**. Sabemos que o medo é uma emoção elementar e poderosa que alerta para o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação. O medo da morte são fontes inesgotável fonte de temores, angústias e ansiedades para os seres humanos.

Kastenbaum e Aisenberg (1983) afirmam que o ser humano lida com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência; e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual evitamos pensar, pois, para isto, temos que encarar o desconhecido. No entanto, não se está preparado para nenhuma delas. Segundo Freud (1917) ninguém crê em sua própria morte. Inconscientemente, estamos convencidos de nossa própria imortalidade.

Diante de um sintoma no qual se perde o controle sobre a vida, a tendência é a defesa psíquica, afirma Kubler-Ross (2001). Sendo assim, o medo da morte encontra-se ligado ao sintoma de câncer, visto que, estes culturalmente ainda estão associados.

Tenho pensado na morte desde que soube que estava com essa doença. (S 47 a)

Perco noite de sono pensando no que vai acontecer com a minha família seu morrer. (P 55 a)

Não quero morrer agora, sou muita nova tenho filhos para criar, mais essa doença não dar chance eu sei. (S47 a)

A morte para mim sempre esteve longe, não acompanhei nenhuma morte na família agora acompanho a minha. (T 60 a)

Investigamos também, as perspectivas dos pacientes oncológicos diante a recuperação. Neste ponto nos deparamos com os três tipos de sentimentos: os sentimentos positivos, duvidosos e negativos. Evidenciando que muito embora os pacientes verbalizem inicialmente acreditar na cura, muito pouco acontece.

Em se tratando de postura frente à recuperação dados revelam 45% do percentil para **Sentimento Duvidosos**, 35,5 % para **Sentimentos Positivos** e apenas 19, 5% para **Sentimentos Negativos**. Tais são interessantes visto que, embora a trajetória do câncer seja árdua ainda existem expectativas quanto à cura.

O tratamento não é fácil, as sessões de quimioterapia me deixam sem força, mas se é para curar então vamos esperar. (T 40 a)

M e sinto cansada sem forças para lutar, mas quando penso que posso ter chance não desisto. (S48 a)

Se for para fazer a cirurgia eu disse pode fazer doutor, eu só não quero morrer agora tenho que ficar mais um pouco. (N 65 a)

Atualmente, a esperança e os esforços estão voltados para os tratamentos de câncer, e muito tem gerado expectativas nos pacientes. Decifradas as características de cada tipo de câncer, medicamentos são elaborados contendo menos efeitos colaterais, no entanto, esta não é uma garantia de cura total para muitos dos casos. Não se pode negar a melhoria na qualidade de vida de quem sofre de câncer. Mesmo quando a doença está fora de alcance terapêutico, ainda se podem passar períodos muito longos, anos até, com a doença controlada, recebendo remédios de baixa toxicidade e preservando estilo e qualidade de vida.

Por fim, é importante ressaltar o papel da família diante o enfrentamento da doença de câncer na visão dos pacientes oncológicos, com seus efeitos positivos e negativos. Verificamos que a **Presença da Família** é bastante alta com 70% do percentil dos entrevistados, sendo 30% dos casos a **Família Ausente**.

Segundo Elsen (1994) a família volta-se, no seu interior, a atender às necessidades particulares de cada um de seus membros e para solidificar-se como um conjunto. Cuidar significa dedicar um longo período de tempo ao paciente, somado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos, o que torna o processo de doença difícil não só para os pacientes, mais também para os familiares.

A família presente durante o processo de adoecimento é sinônimo de melhoramento da qualidade de vida dos pacientes, que fragilizados encontram no apoio dos parentes ânimo para continuar. Os pacientes cuja família participa de forma atuante no seu processo de cura, tem um melhoramento mais rápido do que os pacientes que não conseguem o apoio da mesma. Já pacientes abandonados em leitos de hospital são mais desmotivados quanto à perspectiva de cura.

CONCLUSÃO

A ansiedade e o diagnóstico de câncer permanecem juntos, visto que, vivemos num cenário onde a idéia de falecimento é encarada como tabu, e debates acerca do assunto

vistos como mórbidos, tanto que taxados como impróprios para crianças, doenças como o câncer são tidas como desumanas, conseqüentemente, o seu diagnóstico dá início a uma variedade de transtornos ansiosos.

Ao investigarmos as condições clínicas do paciente oncológico, encontramos aquele de *Aparência Envelhecida*, o *Humor Ansioso*, a *Fala Logorreica e Emotiva*, com *Superabundância de idéias*, de *Estado Normal Consciência*, *Auto e Alo Orientados*, *Memória Remota*, *Boa Concentração*, *Pensamento Abstrato Normal*, *Boa disposição para o Insight*, e *Atitude Franca* frente ao terapeuta. Tais condições clínicas subsidiadas pela avaliação do estado mental, nos revelaram a existência de ansiedade, a qual foi posteriormente comprovada pela aplicação da escala de avaliação de ansiedade de Hamilton.

Observamos durante a entrevista uma *Resistência* quanto ao diagnóstico de câncer refletindo a maneira como os pacientes lidam com o sintoma. Tal posicionamento abrange mais de 60% em que diferentes colocações são traduzidas numa mesma idéia “*Eu descobri por acaso, achava que o que tinha não era importante, por isso não cuidei logo*”. Dentro deste discurso foi possível destacar três características de ansiedade, a *Apreensão* com 50% do percentil, o *Desânimo* com 35% e a *Falta de Apetite* com 15%.

O medo da *Morte* como também sentimentos duvidosos quanto a *Recuperação* estiveram presentes em 80% das falas dos entrevistados, quer seja no momento em que descobriu o diagnóstico, quer pelo prolongado tratamento. Kastenbaum e Aisenberg (1983) afirmam que o ser humano lida com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência; e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual evitamos pensar, pois, para isto, temos que encarar o desconhecido. No entanto, não se está preparado para nenhuma delas.

Por fim, é preciso ressaltar o importante papel da família durante todo o processo de internação, esta representa mais do que a simples presença de alguém promovendo cuidados ao paciente, para a maioria deles é sinônimo de recuperação. Em nosso trabalho encontramos um percentil de 70% dos casos com a existência de no mínimo dois parentes próximos participantes atuantes, o que de forma direta ou indireta reflete na atitude dos doentes frente ao diagnóstico. Quanto aos pacientes de famílias ausentes, seria interessante

investigar quais os possíveis transtornos ansiosos advindos de tal abandono, o que representa na história de vida deles, essa é uma das muitas oportunidades a serem investigadas.

É preciso pontuar o quão enriquecedor foi para nós a possibilidade de vivenciarmos a realidade do sintoma de câncer, que ainda se encontra associado ao sofrimento e morte, bem como, suas inquietações, suas ansiedades. No entanto, em face da amplitude dos referidos temas aqui abordados, o nosso trabalho foi apenas uma das muitas interrogações que por ventura virão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI CAMON, V.A. (2002). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- BARDIN, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Tradução Luiz Antero Neto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- BRANDÃO, M. L. (2001) *Psicofisiologia - as bases fisiológicas do comportamento*. 2ª edição. São Paulo: Atheneu.
- Diagnostic and statistical manual for mental disorders - DSM-IV*. American Psychiatric Association – APA. (1994). 4th version. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- ELSEN, I. (1994). Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) *Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- FREUD S.(1920). *Além do princípio do prazer*. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XXVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S. (1920). *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV, Imago, Rio de Janeiro.
- GENTIL, V. NETO, F.L; BERNIK, M.A. (1997). *Pânico, fobias e obsessões. A experiência do projeto Amban*. EDUSP.
- HAGUETTE T.M.F. (1992). *Metodologia qualitativa na sociologia*. 3ªedição. Petrópolis: Vozes.
- INCA-Instituto Nacional de Câncer. *Taxas de mortalidade por câncer brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo sexo e faixa etária, entre 1979 e 1983 e entre 1995 e 1999*. Disponível em: http://www.inca.gov.br/atlas/docs/txMort_Brasil.pdf. Acessado em 01 de fevereiro de 2007.

- KAPLAN H. I, SADOCK, B. J & GREBB J. (1997) *Compêndio de psiquiatria*. 7ª Edição. Baltimore: Williams & Wilkins.
- KASTENBAUM, R. & AISENBERG, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: USP.
- KEEDWELL, P. & SNAITH, R. P (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93:177-180.
- KOVÁCS, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 2(14), 115-167.
- KOVÁCS, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- KUBLER-ROSS, E. (2001). *Sobre a morte e o morrer*. 10ª ed. São Paulo, Editora: Martins Fontes.
- LAZARUS R.S., FOLKMAN S. (1984) *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- NEVE, M. (2004). Keywords in the history of medicine. *Lacent* 363: 1170.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SHÁVELZON, J. (1969). *La rehabilitación del canceroso*. Ed. 134. Semana Médica p.1151.
- SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S. M. & CREIGHTON, J. L.(1978). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus.