



O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS NA VIDA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE LINFOMA E LEUCEMIA

Autor: Fernanda de Assis Andery

Orientador: Maria Lúcia Cardoso Martins

Este artigo foi escrito a partir de um estudo realizado com pacientes portadores dos diagnósticos de Linfoma e Leucemia em tratamento no Hospital Dia (HD) da clínica Hematológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e possibilitou o levantamento de dados importantes relativos a estas patologias. Foi possível perceber que a questão do adoecimento para estes pacientes os coloca frente à finitude do próprio corpo, e da dificuldade de receber um diagnóstico de câncer.

A doença mostra que algo de anormal acontece com o ser, na plenitude de sua existência. Ela coloca o ser diante da facticidade do corpo. O ser, na sua facticidade como doente, se defronta com o 'não-ser' e sente-se ameaçado com a possibilidade de destruição de sua existência, o que gera muita ansiedade e angústia. Mas, ao mesmo tempo, estar doente mostra que existe uma outra possibilidade, a sua cura ou a busca de sua saúde¹.

Em alguns pacientes os mecanismos de defesa mais elaborados caem por terra e o ser se mostra na sua essência, mais primitivo. Depara-se neste momento com a dor da perda da saúde. "A complexidade da interface entre o psiquismo global, nos seus aspectos afetivos, motivacionais e cognitivos, e a vivência dolorosa de uma perda são evidentes"².

Em geral, ao receberem a notícia do diagnóstico, ficam bastante impactados, "*o médico me falou que eu estava com câncer e o mundo desabou em cima de mim, foi muito difícil*". Como dito anteriormente, acontece também que a partir deste primeiro impacto e da vivência da própria doença, essa concepção se altera um pouco, às vezes por resignação: "*(...) a doença vem por Deus, a gente tem que ter forças para resistir*"; às vezes por racionalização: "*tive que encarar na normalidade porque sei que é minha*"; a às vezes pela própria experiência: "*(...) depois eu vi que tinha jeito*". É importante ressaltar que estas são formas de enfrentar e se adaptar a essa nova condição que lhes é colocada. O acompanhamento médico, o tratamento e as próprias melhoras vão possibilitando ao paciente esta adaptação.

Com a doença e com a hospitalização, o doente sofre perda da liberdade e do autocontrole, sua vida fica completamente alterada. Ele, muitas vezes se torna

dependente de um outro e fica a mercê das condutas necessárias ao seu tratamento. O 'ser-doente' vê ameaçado seu futuro, seus projetos e isso gera um forte sentimento de incerteza e coloca o paciente diante da possibilidade da morte.

Alem dos efeitos físicos, o diagnóstico de leucemia, podendo se estender este conceito também ao linfoma, atinge diretamente a integridade psicológica do paciente, colocando-o diante da fragilidade e da vulnerabilidade. Essa situação é geradora de intensa angústia, que aparece em geral pelo temor à mutilação e dor, culpa, temor à separação, ao sofrimento e à morte, desencadeando reações psíquicas específicas que variam de acordo com os recursos psicológicos internos de cada paciente³.

Buscando referências em culturas e povos antigos, tem-se a impressão de que o homem sempre abominou a morte. Do ponto de vista psiquiátrico isto se torna compreensível pela noção básica de que, no inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata da própria pessoa. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a vida de cada um na terra, e se ela tiver um fim, este será atribuído a uma intervenção maligna fora do alcance da pessoa. A morte em si, portanto, está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo⁴.

O diagnóstico e tratamento de leucemia e linfoma introduz na vida do paciente uma rotina hospitalar, ele pode não estar internado, mas muitas vezes é obrigado a ir ao hospital todos os dias para se submeter aos procedimentos necessários no Hospital Dia (HD). O paciente tem seu ciclo de vida habitual interrompido. A maioria dos pacientes vê esta freqüência como algo positivo para o tratamento, pois eles sentem-se cuidados, estar em tratamento significa ter acesso aos meios que irão recuperar a sua saúde. Outra parcela deles trata este momento com indiferença, como parte da rotina, algo que já foi incorporado ao dia a dia. Há ainda os que relatam que freqüentar o Hospital Dia (HD) é uma obrigação, *"é muito ruim, mas tem que fazer, sou muito inquieta e ficar no hospital parada é difícil"*; *"ninguém quer vir ao hospital, mas tem que vir, enjoa, esse cheiro de hospital enjoa"*. Estas respostas podem aparecer em decorrência do alto número de vezes que os pacientes são obrigados a vir ao hospital e ao tempo que passam no ambulatório.

Ele vivencia uma ruptura em sua história e então se configura um estado de crise que é agravado por algumas características do momento da hospitalização que afetam seu estado emocional podendo surgir um clima de estresse constante, insegurança, perda da noção de tempo e espaço, da privacidade e liberdade, perda da identidade e participação no sofrimento alheio.

Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral ele é tratado como alguém que não tem direito a opinar. Quase sempre outra pessoa é quem decide sobre se, quando e onde ele deverá ser hospitalizado. Deve-se lembrar de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e acima de tudo, o direito de ser ouvido⁴.

O tratamento impõe ao paciente o afastamento de seu meio, de suas atividades produtivas, de seus familiares e de seu cotidiano. A hospitalização coloca o paciente em contato direto com o papel de doente, ele se vê obrigado a abrir mão de seus vários outros papéis e vive *para e pela* doença.

De acordo com os dados do estudo, metade dos pacientes encontra-se em licença médica ou afastados do trabalho, este dado mostra que o tratamento de doenças como o linfoma e a leucemia exigem um alto grau de cuidado, sendo que alguns pacientes passam horas no hospital dividindo-se entre consultas, exames, quimioterapia e medicamentos. Essas doenças geram, em geral, uma certa impossibilidade para o

trabalho. O cansaço, o mal-estar e ainda, a baixa imunidade tornam certas atividades inviáveis para o paciente. Alguns dos sintomas que aparecem nestas patologias são: palidez, febre, às vezes quadro de hemorragia, fraqueza, entre outros⁵.

A maior parte dos pacientes (70%) ao se referirem às limitações geradas pela doença, dizem das limitações físicas, na rotina e profissionais; *“atrapalhou porque eu não pude trabalhar mais, me deu muita dificuldade”*; *“é incapacitante, me torna incapaz de fazer o meu trabalho”*. Uma das formas de se saber que se está bem, ou que tudo vai bem, é produzir, ou seja, trabalhar. A vida das pessoas hoje em dia gira em torno do trabalho, e ficar impossibilitado de trabalhar evidencia a todo o momento a doença³.

Os pacientes relatam ter medo de algo que pode ser a falha do tratamento, a recidiva da doença e de forma velada, medo da morte. *“Acho que vai ter uma hora que os remédios não vão funcionar”*; *“sempre tenho medo que possa surgir outro problema que venha se juntar a esse”*; *“tenho receio de voltar, ter que passar por tudo de novo é ruim”*. O tratamento, na maioria das vezes, deixa o paciente bastante debilitado, e a doença só aparece fisicamente, quando é iniciada a quimioterapia, que gera sofrimento, tanto físico quanto psíquico. Passar por tudo isso gera a preocupação de se ter que passar novamente; esse tipo de paciente convive com o ‘fantasma’ do fracasso do tratamento, da volta da doença, da morte. Esta é uma das situações geradoras de ansiedade, como pontua Chiattonne (1998). Os receios compartilhados pelos pacientes podem ter a função de motivadores para o tratamento. A possibilidade de não dar certo, pode funcionar como mola propulsora para a busca da melhora.

O paciente passa por diferentes estágios, adaptações, mecanismos de defesa, mecanismos de luta, para enfrentar as situações difíceis a que está submetido. Tais estágios terão duração variável, um substituirá o outro ou se darão no mesmo momento, mas a única coisa que geralmente persiste é a esperança⁴; *“espero que eu me cure”*; *“tenho a expectativa de que vai dar tudo certo”*; *“espero dar uma melhorada boa para voltar a trabalhar, a fazer o que fazia antes”*. Para os pacientes, há sempre a possibilidade de cura, e o que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento é este tipo de esperança.

A condição de adoecimento traz conseqüências sobre as quais o paciente não tem controle. Perde-se o próprio cotidiano, a rotina, algo que engloba todas as outras perdas: a família, os amigos, o emprego, as atividades produtivas.

“A doença é uma situação que coloca o homem diante de questões existenciais pouco consideradas no cotidiano do indivíduo “normal”, como o homem diante da vida, diante de si mesmo, diante da perda e também do princípio da realidade. Confrontar com estas questões é entrar em sofrimento e sobrepujar este sofrimento, é forjar uma organização interna mais madura e mais próxima da realidade da vida que é a morte”².

É necessário que eles sejam escutados, que haja intervenções que possibilitem que o paciente possa compreender o momento que vivencia, mobilizando os recursos psíquicos disponíveis para enfrentá-lo. Grande parte das questões levantadas pelos pacientes são dolorosas, às vezes tornando-se difícil compartilhar delas com amigos ou familiares na tentativa de poupá-los, ou até mesmo de poupar a si próprios. A abertura de um espaço para que possam tratar destas questões mostra a possibilidade de enfrentamento e desmistificação das mesmas. Deve-se buscar a compreensão dos mecanismos psicológicos inerentes à situação de doença, do funcionamento psíquico, dos mecanismos de adaptação ou regressão para que se possa auxiliar o paciente a suportar o momento vivenciado.

Referências Bibliográficas:

¹Paiva, L. E.; Pinotti, H. W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. In__. *Acta Oncológica Brasileira*. 1988. vol. 8. p. 125 – 132.

²Coelho, Marilda Oliveira. A dor da perda da saúde. In__. *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. cap. 4. p. 69 – 92.

³Chiattonne, Heloisa Benevides de Carvalho. Urgências Psicológicas em Leucemias. In__. *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998. cap. 8. p. 171 – 191.

⁴Kübler-Ross, Elizabeth. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 8 ed.

⁵Lorenzi, T. F. Patologia dos Leucócitos. In__. *Manual de Hematologia: A Propedêutica e clínica*. 2^a. edição. Rio de Janeiro: Medsi. 1999. cap. 4. p. 327 – 519.