

## **O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico**

### **Patients with cancer: cognitions and emotions coming from diagnosis**

**Shirley de Souza Silva<sup>\*</sup>; Thiago Antonio Avellar de Aquino<sup>\*\*</sup>; Roberta Montenegro dos Santos<sup>\*\*\*</sup>**

<sup>\*</sup> Graduada em Psicologia (Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ), especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (Faculdade Frassinetti do Recife – FAFIRE)

<sup>\*\*</sup> Mestre em Psicologia Social (Universidade Federal da Paraíba – UFPB), doutorando em Psicologia Social (UFPB/UFRN), professor do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

<sup>\*\*\*</sup> Psicóloga formada pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, especialista em Educação Inclusiva

[Endereço para correspondência](#)

#### **RESUMO**

Considerando o aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e reconhecendo o momento do diagnóstico como um instante de crise, o presente estudo teve como objetivo investigar quais os pensamentos e sentimentos vivenciados pelo paciente na ocasião do diagnóstico da doença. Dessa pesquisa, participaram dez pacientes portadoras de câncer, que são atendidas em uma casa de apoio a esses doentes, na cidade de João Pessoa-PB. Como instrumento de investigação, foi realizada uma entrevista, composta por duas questões, e apresentadas fotos que indicam emoções, com a finalidade de evidenciar os sentimentos vivenciados pelos pacientes, quando receberam o diagnóstico. As entrevistas se realizaram individualmente, após prévia autorização das pacientes. Os resultados indicam que o momento do diagnóstico é vivido de forma conturbada, por evocar pensamentos sobre a morte e provocar reações emocionais que podem interferir no

equilíbrio e bem estar do paciente. A partir desses resultados, é possível perceber a importância da atuação do psicólogo, no momento do diagnóstico e no decorrer do tratamento, como forma de minimizar as reações negativas provenientes do diagnóstico.

**Palavras-chave:** Cognições, Câncer, Sentimento.

## **ABSTRACT**

Considering the increasing number of new cases of cancer in Brazil, and the fact that diagnosis is considered critical, the present study has the objective of investigating patient's thoughts and feelings at the diagnosis moment. Ten patients with cancer, treated in a support house in the city of Joao Pessoa – PB, participated of these studies. The data was collected through semi-structured interviews composed of two questions and by the introduction of photographs that indicate emotions, with the goal of identifying feelings experienced by the patients at the diagnosis moment. These interviews were done individually after previous authorization from the patients. The results indicate that the diagnosis moment is lived in a disturbing way as it evokes thoughts about death and provokes emotional reactions that can interfere with the welfare of patients. From these results it is possible to notice the importance of psychological interventions, mainly, in the diagnosis moment and during the treatment of the disease, as a way of reducing negative reactions coming from the diagnosis.

**Keywords:** Cognitions, Cancer, Emotions.

## **Introdução**

O câncer pertence a um grupo de doenças cuja taxa de mortalidade vai depender do tipo e do desenvolvimento. Apesar dos progressos da medicina em relação ao tratamento, existem inúmeras metáforas ligadas ao seu diagnóstico, que permitem esta patologia ainda ser vivida como uma sentença de morte, deflagrando assim, uma série de reações e emoções no paciente e na família (Torres, 1999).

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2007), no Brasil, estima-se que ocorrerão 472.050 casos novos de câncer, sendo 234.570, esperados no sexo masculino, e 237.480 para o sexo feminino. Estas estimativas evidenciam um aumento progressivo do número de casos no cenário brasileiro.

## **Câncer**

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras partes do corpo.

Qualquer célula do corpo pode se transformar e originar um tumor maligno, denominado câncer, que se origina nos genes de uma única célula, tornando-se capaz de se reproduzir formando uma massa tumoral no local (Yamaguchi, 2002).

De acordo com Silva (2005) e Chiattonne (1996), a origem da palavra câncer vem do grego *Karkinos* e do latim *Câncer*, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo, embora alguns acreditassem que o nome teria relação com o fato da doença evoluir de modo semelhante ao movimento do animal.

Esta é uma doença antiga, existindo registro de sua presença desde os mais remotos anos da história da humanidade, na forma de um osteoma na vértebra de um dinossauro há 50 milhões de anos. Além disso, foram encontrados documentos rudimentares da literatura hindu e persa, que demonstraram conhecimentos rudimentares sobre a doença (Silva, 2005).

Os registros mais antigos de seu aparecimento são atribuídos a Hipócrates (460 a.C.), enquanto a característica destruidora da doença foi citada por Galeno, médico grego, primeiro pesquisador a classificar os tumores de pele em malignos e benignos e a considerar o câncer como um mal incurável (Silva, 2005; Trincaus, 2005).

De acordo com uma revisão da literatura, realizada por Silva (2005), as concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade que, desde o momento dos primeiros diagnósticos, já atribuía o sentido de doença incurável correspondente a uma sentença de morte. Em decorrência dessa construção histórica acerca da doença, existe um medo profundo de adquiri-la.

Quanto às causas do seu aparecimento, elas podem ser internas ou externas ao organismo e estarem ou não inter-relacionadas. Sabe-se que fatores causais como predisposição genética, irradiação e até mesmo alimentação, contribuem para desencadeá-lo, porém nenhum desses elementos, por si só, fornecem uma explicação suficiente para o surgimento da doença, é possível até a interação entre eles para aumentar a probabilidade da célula normal se transformar em maligna (Ministério da Saúde, 1996; Braga, 2005).

Não existe um tratamento totalmente satisfatório para combatê-lo, muitas vezes, tornando-se necessária a combinação de mais de um tipo de tratamento para a doença, e oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente. No entanto, independente do tipo, todas as formas de tratamento deixam marcas no paciente, principalmente pelo fato do estresse emocional, decorrente de procedimentos terapêuticos, como a radioterapia e quimioterapia (Porto, 2004).

## **Aspectos Emocionais do Paciente**

Segundo Correia (2000, citado por Porto, 2004), o câncer desencadeia reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica, consequências estas que, de acordo com Penna (2004), vão depender da localização, do estágio da doença e do tratamento.

Apesar do avanço tecnológico da medicina, o seu diagnóstico ainda é encarado, muitas vezes, como sentença de morte. Desse modo, embora seja comprovado que 50% dos casos são passíveis de cura ou controle, esta imagem persiste, principalmente pelo rótulo "terminal" (Kovács, 1992).

Estes aspectos da doença podem provocar uma série de expectativas e reações no paciente, bem como em seus familiares. Segundo Scott (1991), após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. Assim, torna-se fundamental uma atenção especial para essas reações, visto que, com o advento da tecnologia na medicina, estas necessidades foram ignoradas e negligenciada pelos médicos (Moorey & Greer, 2002).

Esta doença, vista pelo indivíduo, como uma ameaça do destino, desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, temor e apreensão, levando o diagnóstico a ser, freqüentemente, acompanhado de depressão, consequência ocorrida pelo fato do paciente não conseguir aceitar sua doença (Freire, 2003; Carvalho 2002).

Conforme afirma Venâncio (2004), o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade.

Uma outra forma de reação ao diagnóstico é o suicídio. Esta vulnerabilidade é demonstrada amplamente na literatura oncológica (Filibertil & Ripamonti, 2002) como, por exemplo, nos estudos de Hem, Loge, Haldorsen e Ekeberg (2004), que indicaram ser o câncer um fator de risco para o suicídio, logo após o diagnóstico. Já para Akechi, Okamura, Yamawaki e Uchitomi (2001), a depressão aliada a outros fatores, tais como o estado civil e o nível de sofrimento físico, estariam relacionados como a ideação suicida neste tipo de enfermidade.

Entretanto, os pacientes encontram estratégias para o enfrentamento do diagnóstico através da espiritualidade. Autores como McClain, Rosenfeld e Breitbart (2003) investigaram o efeito da espiritualidade em pacientes terminais com câncer numa amostra de 160 pacientes de um hospital. A pesquisa indicou correlações negativas entre bem estar espiritual e desesperança ( $r = -0,68$ ) e ideação suicida ( $r = -0,41$ ), sugerindo que o bem estar espiritual é um fator de proteção contra o desespero da morte.

Lorencetti e Simonetti (2005) desenvolveram um trabalho com pacientes oncológicos, acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas diante da doença e do tratamento, verificando que os pacientes entrevistados criam meios para enfrentá-los, como forma de amenizar o sofrimento e lidar com a situação.

A religiosidade então, é usada, de acordo com Linard, Silva e Silva (2002), como suporte para se conviver com a doença, podendo representar uma importante fonte de suporte e conforto para muitas pessoas, durante um período de sofrimento, proporcionando um maior equilíbrio diante das adversidades da doença.

Diante de todo o desgaste físico e emocional vivenciados pelo paciente perante o diagnóstico de uma doença maligna, que o coloca em iminência de morte e que o faz submeter-se a procedimentos terapêuticos invasivos e, muitas vezes, mutilantes, o indivíduo é tomado por sentimentos de raiva, medo, angústia, pena de si mesmo, além da sensação de ter perdido o controle em relação a sua vida (Porto, 2004).

Nesta perspectiva, o diagnóstico da doença acaba por provocar uma série de reações emocionais no paciente, que apresentam relação com as cognições ativadas ao receber o diagnóstico. Assim, considera-se pertinente o modelo cognitivo desenvolvido por Aaron Beck, em que se propõe haver uma inter-relação recíproca entre pensamento, emoção e comportamento, pois a interpretação de um evento pode ativar cognições e tais cognições podem influenciar emoções e comportamento (Beck, 1976; Beck & Freeman, 1993).

A atividade cognitiva, ativada com o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente, e podendo resultar em transtornos psicológicos decorrentes de um modo distorcido de se perceber os acontecimentos, denominado distorções cognitivas.

Segundo Knapp (2004), as distorções cognitivas normalmente podem se apresentar, numa mesma situação, concomitantemente, de diversas maneiras: por catastrofização (pensar sempre que o pior vai acontecer), por abstração seletiva (focar a atenção em um aspecto negativo da situação), por adivinhação (antecipar problemas, ter expectativas negativas em relação a fatos, que talvez nem venham a existir), por personalização (assumir a culpa por acontecimentos negativos), entre outras.

Os pensamentos que, às vezes, vêm distorcidos ou não, ocorrem em três níveis: o primeiro denominado pensamento automático, o segundo nomeado crenças intermediárias ou subjacente e o terceiro nível definido como crença central, que dá origem a crença intermediária, desencadeadora de pensamentos automáticos, quando o indivíduo se coloca diante de algumas situações (Knapp, 2004; Falcone, 2001).

Estes pensamentos automáticos, que correspondem àqueles pensamentos espontâneos, fluem na mente, independente do raciocínio, sob a forma de pensamento ou de imagem, são breves e coexistem com um fluxo manifesto de pensamentos, sem serem embasados por uma reflexão (Beck, 1997).

Segundo Knapp (2004), estas formas de pensamentos ocorrem em todas as pessoas diariamente, de forma que não são percebidos por acontecerem de forma rápida, involuntária. Eles podem ser ativados através de eventos internos ou externos, entretanto, quando são distorcidos ou disfuncionais, contribuem para psicopatologia por influenciarem tanto as emoções como os comportamentos dos indivíduos.

O nível de pensamento, aqui descrito, é evocado pelas crenças intermediárias, também chamadas de crenças condicionais, e corresponde ao segundo nível do pensamento que ocorre sob forma de crenças ou regras. Essas crenças refletem idéias mais enraizadas e

mais difíceis de serem modificadas do que os pensamentos automáticos, porém mais maleáveis do que as crenças centrais (Knapp, 2004).

De acordo com Falcone (2001) e Knapp (2004), as crenças intermediárias pressupõem que, se algumas regras ou atitudes forem cumpridas, o indivíduo permanecerá estável, caso contrário, ele estará vulnerável. Apesar do indivíduo construir essa crença como uma forma para reduzir o sofrimento provocado pela crença central, ele, com isso, apenas contribui para reforçar ou confirmar ainda mais suas crenças centrais.

Conforme os referidos autores, as crenças centrais correspondem ao nível mais profundo do pensamento constituído por idéias e conceitos mais enraizados acerca de si, dos outros e do mundo, consideradas como verdades absolutas e imutáveis, sendo também consideradas incondicionais, pois, para que ocorra, independe da situação vivenciada pelo indivíduo.

A construção dessas crenças se dá a partir das primeiras experiências e vão se fortalecendo ao longo da vida, tornando-se cada vez mais convincentes na vida adulta, mesmo que ocorram algumas experiências que não as confirmem.

Há uma interligação entre os níveis de cognições mencionados e as crenças construídas ao longo das experiências de vida. Estas vão contribuir diretamente na formação da crença central do indivíduo e dão origem às crenças intermediárias que, por fim, deixam a pessoa mais propensa a experimentar pensamentos automáticos disfuncionais.

Segundo Taylor (2005), os pensamentos automáticos mais comuns em um paciente diagnosticado com uma doença crônica podem ser divididos em três eixos: (1) sofrimento físico: *Eu serei capaz de suportar este sofrimento?* (2) qualidade de vida: *eu serei capaz de comer o que eu gosto novamente? Como isto afetará a minha vida sexual?* e (3) mortalidade: *eu vou morrer?*

No que concerne especificamente ao câncer, Barraclough (1999) exemplifica que uma mulher com câncer no seio pode acreditar que "nenhum homem deseja uma mulher com apenas um seio". Já um homem que perdeu seu pai com câncer há anos, quando os recursos da medicina não eram tão desenvolvidos, pode acreditar que "a morte com câncer é agonizante".

Assim, autores como Moorey e Greer (2002) advogam que a terapia cognitiva poderia ajudar o paciente a adaptar o tratamento a suas vidas bem como adaptar as visões de si próprios a esta nova situação. Já Taylor (2005) argumenta algumas razões para utilizar a terapia cognitiva comportamental com pacientes crônicos, tais como: facilitar a aderência ao tratamento; oferecer suporte emocional frente ao diagnóstico, prevenir comportamentos de risco a saúde, dentre outros.

Tendo em vistas estas considerações, percebe-se que as cognições possuem um papel importante tanto na melhora do estado emocional quanto na qualidade de vida. Assim convém, no presente estudo, ter como objetivo investigar as cognições ativadas e sentimentos despertados nos pacientes, no momento do diagnóstico.

## **Metodologia**

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

## Participantes

Participaram da pesquisa dez pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de câncer, tendo oito apresentado câncer de mama e duas de útero, com tempo médio de diagnóstico de quinze meses. Todas as pacientes estavam sendo atendidas em uma ONG destinada ao apoio ao portador de câncer da cidade de João Pessoa (PB) e tinham idades variando entre 36 e 59, com média de 46,7 anos.

O critério de inclusão na amostra foi ser portador de algum tipo da doença. Além disso, a escolha das entrevistadas não se deu de forma aleatória, foi realizada com as pacientes que estivessem disponíveis no momento e aceitassem participar do trabalho.

## Instrumentos

Para a coleta de dados os pesquisadores elaboraram, a partir dos dados sócio-bio-demográficos, perguntas referentes à idade, sexo, escolaridade, tempo de diagnóstico e tipo de câncer, além de uma entrevista semi-estruturada, composta por duas questões: *Que os pensamentos lhe ocorreram, quando você soube o diagnóstico? Quais os sentimentos vivenciados por você a partir do diagnóstico?* Essas questões foram elaboradas pelos pesquisadores com base no modelo proposto por Beck (1976), com o intuito de evocar do paciente suas experiências diante do diagnóstico, ou seja, pensamentos e sentimentos.

Para facilitar a expressão dos sentimentos dos pacientes, foram apresentadas cinco fotos, retiradas de Myers (1998), indicando sentimentos de raiva, tristeza, medo, alegria e espanto. Esse procedimento serviu para complementar a entrevista, pois favoreceu a descrição dos sentimentos vivenciados à partir do diagnóstico de câncer.

## Procedimento para Coleta e Análise dos Dados

Após a autorização da instituição e o consentimento livre e esclarecido dos pacientes, teve início a aplicação dos instrumentos, sendo respeitados todos os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, assegurando-se, portanto, o sigilo de todos os participantes.

Em princípio, foi realizado um estudo piloto a fim de verificar se o instrumento estava atendendo os objetivos propostos, observando-se por meio deste certa dificuldade dos participantes para falarem sobre os sentimentos vivenciados no momento em que tomaram conhecimento da doença, pois a tendência dos mesmos era relatar os pensamentos que lhe ocorreram ao receberem o diagnóstico. A partir daí, percebeu-se a necessidade de apresentar algumas fotos que expressam emoção, tais como: raiva, surpresa, alegria, medo e tristeza, aos entrevistados, com o intuito de que eles pudessem indicar a que representava uma maior identificação com seu estado emocional, quando informado do diagnóstico, facilitando a verbalização do paciente sobre seus sentimentos vivenciados.

Todos os participantes seguiram a mesma seqüência da entrevista, sendo, num primeiro momento, coletado os dados sócio-bio-demográficos, seguido da entrevista semi-estruturada e da apresentação das fotos mencionadas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala reservada da casa de apoio, e tiveram em média de 20 a 30 minutos de duração. Estas foram transcritas na íntegra e categorizadas, tendo por base a análise de conteúdo de Bardin (1977).

A primeira etapa desta análise realizou-se após uma leitura flutuante das entrevistas, que consiste em manter um primeiro contato com o material coletado, a fim de conhecer o texto. Em seguida, foi realizada uma segunda leitura mais precisa do material coletado, para pontuar semelhanças nos discursos, tornando-se, assim, possível encontrar um sentido em comum entre os dados e finalmente categorizá-los, o que, segundo Bardin (1977), é uma forma de classificá-los para que seja feita uma representação simplificada dos dados brutos.

Após a construção das categorias, estas foram submetidas à avaliação de cinco juízes, o que permitiu estabelecer uma amplitude de concordância de 60% a 90% das categorias elaboradas. Estas categorias eram não excludentes, permitindo assim a classificação de um mesmo discurso presente entre elas.

Tais categorias elaboradas, referentes ao pensamento, foram: pensamento sobre a morte (que indica pensamentos sobre sua finitude, que surgiram logo após o diagnóstico), pensamento religioso (indica pensamento voltado a Deus, a partir do diagnóstico), dúvida com relação à doença (indica o descrédito em relação ao diagnóstico) e pensamento suicida (respostas que indicam pensamento de tirar a própria vida, diante do diagnóstico).

Já as categorias referentes aos sentimentos vivenciados pelas pacientes diante do diagnóstico foram: Medo (respostas que indicam a presença de medo diante do diagnóstico da doença, medo esse que poderia ser da morte, das conseqüências da doença ou do tratamento), depressão e tristeza (respostas que indicam sentimentos de depressão ou tristeza a partir do diagnóstico), ausência de sentimentos negativos (respostas que indicam a ausência de qualquer sentimento negativo com o diagnóstico) e auto lamentação (respostas que indicam sentimento de "pena" de si mesmo, em virtude da situação de adoecimento).

## **Resultados e Discussão**

Foi possível observar que, quanto à escolaridade, três das entrevistadas tinham o ensino fundamental incompleto, três tinham o ensino fundamental completo, três tinham ensino médio completo e, apenas uma tinha o superior completo.

### Pensamentos evocados a partir do diagnóstico de câncer

No que diz respeito ao primeiro objetivo deste estudo, investigar os pensamentos dos pacientes a partir do diagnóstico de câncer evidenciou-se que sete dos respondentes mencionaram ter pensado que iam morrer, cinco apresentaram pensamento religioso, dois afirmaram ter apresentado dúvidas em relação à doença e um respondente mencionou ter pensado em se suicidar.

Os resultados encontrados corroboram com a literatura da área, que define como o diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, principalmente pelo fato de saberem que é uma doença de difícil cura (Santos & Sebastiani, 2003). Fato este que pode ser melhor ilustrado através dos discursos das pacientes abaixo:

*“Eu pensei que ia morrer, você imagina que o câncer, você não vai sobreviver” (Entrevista 6, feminino, 48 anos).*

*Parece que eu ia morrer ontem, não era nem agora. Eu corri contra o tempo, achando que eu ia morrer o mais rápido possível (Entrevista 8, feminino, 48 anos).*

Esses resultados também corroboram com os achados de Silva (2005), que em um estudo realizado com pacientes oncológicos sobre o impacto do diagnóstico de câncer, afirma que o momento do diagnóstico de câncer é um dos momentos mais críticos na vida de uma pessoa, isso pelo fato de girar, em torno do câncer, fantasias que o associam com o fim da vida.

Percebe-se que o diagnóstico do câncer pode ativar cognições relacionadas à morte, fato esse que ocorre, principalmente, em virtude do significado terrível que a doença tem, como se fosse algo vivido como uma fatalidade capaz de eliminar o amanhã, resultando em morte sofrida (Barbosa, 2003; Torres, 1999).

Entre os pacientes entrevistados evidenciou-se que os pensamentos automáticos, ativados a partir do diagnóstico, são pensamentos disfuncionais do tipo catastrofização e adivinhação, presentes, quando eles relatam, de imediato, terem apresentado pensamentos relacionados à morte, ao receber o diagnóstico, sem ao menos considerar dados de realidade como o tipo e o estágio de evolução da doença, que poderiam justificar ou não seus pensamentos.

Esse tipo de pensamento, ativado com o diagnóstico, deve-se principalmente à representação, à crença que o indivíduo tem acerca do câncer, que, conforme a literatura corresponde a uma representação sempre muito negativa vista como uma doença devastadora, que resulta sempre em morte sofrida (Penna, 2004). Essa representação foi se construindo ao longo do tempo com o fato das pessoas acometidas de câncer, na grande maioria das vezes, receberem o diagnóstico em fase já avançada da doença, quando não havia mais perspectiva de controle ou remissão, o que não era o caso das participantes deste estudo.

Apesar de atualmente se saber que, quando diagnosticado precocemente, o câncer pode ser controlado e, em alguns casos pode haver até mesmo a remissão total, ainda persiste a crença de que o diagnóstico de uma doença como esta é o prenúncio da morte próxima, podendo assim essas cognições refletir diretamente no estado emocional desse paciente.

Enfim, as crenças do paciente acerca da doença podem influenciar as cognições ativadas bem como as emoções decorrentes do diagnóstico, pois, caso os pacientes tenham a

concepção de que o câncer é realmente o prenúncio de morte antecipada, podem fazer com que o momento do diagnóstico dê margem a pensamentos sobre a perda da vida e, percebendo-se nesta iminência, vêm as reações emocionais em resposta, a certeza sobre sua finitude, que lhes é dada com o diagnóstico.

Além do pensamento relacionado à morte, verificou-se também a presença de pensamentos religiosos, como ilustrado no discurso abaixo:

*"Pensei que Deus pode todas as coisas, busquei me fortalecer com Deus"*

*(Entrevista 5, feminino, 50 anos)*

De acordo com Lorencetti e Simonetti (2005), o ato de envolver-se em atividades religiosas ou voltar-se para Deus seriam estratégias adotadas pelos pacientes como forma de enfrentar a doença e superar o stress dela decorrente.

Quanto à categoria de dúvida em relação à doença, encontrada a partir da análise das entrevistas, como ilustrado no discurso:

*"Tinha hora que eu achava que era mentira, tinha hora que eu achava que era verdade, não sabia..." (Entrevista 3, feminino, 41 anos)*

Conforme Kubler-Ross (1998), uma das reações do paciente diante do diagnóstico de uma doença como o câncer é, em princípio, o choque temporário que, aos poucos, vai sendo substituído pelo pensamento de que isso não pode estar acontecendo, o que, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), seria uma forma de negação em que o paciente pode mostrar-se perplexo, primeiramente, e depois recusar-se a acreditar no diagnóstico ou negar que algo esteja errado.

Por fim, no que se refere ao pensamento suicida relatado pela paciente :

*"Pensei em me matar ao saber o diagnóstico, eu não pensava em outra coisa a não ser em me matar, pois pra mim a morte era a solução" (Entrevista 1, feminino, 41 anos).*

Foi possível observar que a paciente supracitada relatou ter ficado com depressão ao saber o diagnóstico, e que, de acordo com Rapeli e Botega (1998), tal transtorno mental é um dos fatores apontados como motivação para o pensamento suicida.

Já de acordo com Mello (2000), é possível verificar que, entre os fatores explicativos relacionados a esse comportamento, está a fuga causada por uma doença física, sem prognóstico, onde o paciente vê o suicídio como a alternativa de fugir da situação, por não saber como enfrentá-la, sendo essa então uma outra forma de explicar a motivação para a presença de tal pensamento, como mencionado pela paciente acima.

Sentimentos vivenciados a partir do diagnóstico

No que diz respeito ao segundo objetivo do trabalho, quando foi questionado aos pacientes quais os sentimentos vivenciados a partir do diagnóstico e lhes foram apresentadas as fotos, no sentido de eliciar os sentimentos, é possível identificar que três respondentes mencionaram ter apresentado medo, este que ora era do tratamento e ora era da morte, cinco relataram ter vivenciado sentimentos de tristeza e depressão ao receberem o diagnóstico, dois disseram não ter apresentado qualquer sentimento negativo, encarando o diagnóstico de forma natural, e apenas um afirmou ter vivido um sentimento de auto lamentação, sentindo pena de si mesma.

Como é possível perceber, o maior número de pacientes relatou ter vivenciado sentimentos de tristeza e depressão, conforme ilustrado no discurso abaixo:

*"Chorei muito, fiquei deprimida, foi como se o mundo tivesse desabado" (entrevista 10, feminino, 47 anos).*

Os dados acima comprovam os achados de Zozaya (1985, citado por Santos & Sebastiani, 2003), ao afirmar que o diagnóstico pode gerar algumas reações emocionais como depressão, tristeza, que são freqüentes entre os pacientes, e podem ocorrer desde o momento da descoberta do diagnóstico, bem como ao longo do tratamento.

De acordo com uma revisão da literatura apresentada por Venâncio (2004), a depressão está entre os problemas psicológicos mais freqüentes entre os pacientes com câncer, sendo o seu grau independente da malignidade do tumor, pois o diagnóstico do câncer em si, já pode provocar abalos significativos na vida do paciente.

Tais abalos foram relatados no estudo feito por Rossi e Santos (2003), que investigaram, junto a mulheres com câncer de mama, os sentimentos vivenciados com relação à doença e ao tratamento e identificaram que os sentimentos foram o impacto inicial (reação de choque), vislumbre da morte e temores relacionados ao possível desamparo dos filhos.

É possível perceber que os resultados encontrados no presente estudo levam a reforçar a idéia da relação existente entre pensamento e sentimento despertados com o diagnóstico da doença, visto que, dos sete pacientes que mencionaram ter apresentado pensamentos relacionados à morte ao saber da doença, cinco citaram ter vivenciado sentimentos de depressão e tristeza.

Além dos sentimentos acima citados, foi possível observar também, entre as pacientes entrevistadas, que, o segundo sentimento mais freqüente a partir do diagnóstico foi o medo, conforme o discurso abaixo:

*"Tive muito medo, fiquei apavorada" (Entrevista 7, feminino, 36 anos)*

De acordo com uma revisão da literatura feita por Silva (2005), ser diagnosticado por câncer, corresponde para o paciente a uma experiência dramática, inesperada e chocante, que leva o ser humano a ficar diante do mais primitivo dos seus medos – o medo da morte. Esse medo de morrer é decorrente de uma representação da doença, que fora culturalmente construída de que o câncer leva necessariamente à morte, provocando assim o medo proveniente do prenúncio do fim.

Vale salientar que foram encontrados pacientes que relataram não ter vivenciado qualquer sentimento negativo, frente ao diagnóstico mencionando:

*"Encarei bem naturalmente, aceitei numa boa"(Entrevista 4, feminino, 52 anos)*

Os dados acima corroboram com os achados de Iconomou, Viha, Koutras, Vagenakis e Kalofonos (2002), que não encontraram nenhuma relação entre a consciência do diagnóstico em pacientes com câncer e aflição emocional.

Além disso, foi possível identificar que os pacientes que mencionaram ter encarado o diagnóstico de maneira natural, sem a presença de reações emocionais, relataram também ter tido pensamentos religiosos, o que pode justificar, segundo Faria e Seidl (2006), a frequência entre os pacientes oncológicos, da utilização de estratégias advindas da religião, como forma de enfrentar a situação de adoecimento.

Em relação à categoria de sentimento denominada auto-lamentação, representada no discurso abaixo:

*"Ao saber o diagnóstico, tive pena de mim mesma"(Entrevista 8, feminino, 49 anos).*

A paciente relata que no início pensava que as pessoas tinham pena dela, mas depois percebeu que era ela própria a sentir pena de si, por estar passando por essa situação.

Com esta respondente foi possível identificar a presença de algumas distorções cognitivas, como adivinhação e leitura mental, já que ela afirmava estar certa de sua morte próxima e procurava identificar o que as pessoas pensavam ao saber de seu diagnóstico.

## **Considerações Finais**

Atualmente, mesmo com os avanços da medicina em relação à cura do câncer, sabe-se que seu diagnóstico ainda é vivido de forma temida e sendo um momento de crise do indivíduo em situação de adoecimento, dessa forma algumas reações emocionais como medo, ansiedade e depressão, são geradas em decorrência desse diagnóstico.

Apesar de todo ser humano ter a certeza de morrer, alguns acontecimentos, tais como o diagnóstico de uma doença como o câncer, tendem a aproximar o paciente da realidade que parecia tão distante, colocando-o diante de sua finitude, servindo como sentença final.

Dessa forma, o diagnóstico adquire um caráter trágico capaz de fazer emergir sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade, bem como medos, principalmente relacionados à morte que se aproxima. Além disso, o diagnóstico traz à tona pensamentos que podem influenciar o estado emocional do indivíduo, principalmente por ter sido construído e reforçado ao longo da vida, tais como: o câncer é uma doença que leva a uma morte rápida e dolorida.

O estudo realizado permitiu conhecer os principais sentimentos e cognições ativadas, das pacientes estudadas, a partir do diagnóstico, cognições estas que, conforme o modelo cognitivo, podem influenciar suas emoções e comportamentos.

Neste estudo, verificou-se que o diagnóstico de câncer gera algumas reações psicológicas como medo e tristeza, estas que, quando não trabalhadas, podem dificultar o ajustamento do paciente à situação de adoecimento e, conseqüentemente, contribuir para um agravamento do quadro.

O presente trabalho oferece a possibilidade de pesquisas futuras que possam investigar mais acerca de uma possível relação existente entre a crença que o paciente tem da doença e os sentimentos vivenciados por ele a partir do diagnóstico. Além disso, leva a sugerir uma prática interventiva junto ao paciente, principalmente no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento. Essa atuação profissional seria no sentido de proporcionar ao doente uma maior adaptação à situação vivenciada, adaptação esta que poderá reduzir significativamente o impacto psicológico do diagnóstico sobre o indivíduo, ou seja, reduzir a resposta emocional apresentada sob a forma, muitas vezes, de um transtorno emocional.

Considerando que o adoecimento de câncer provoca um abalo emocional que pode contribuir para o agravamento ou permanência da doença, essa intervenção sugerida, seria no sentido de preparar o paciente desde o momento do diagnóstico, bem como ao longo do tratamento, para um melhor enfrentamento, não apenas da doença, mas de todas as situações adversas dela decorrentes.

A partir do presente trabalho, propõe-se uma possível intervenção à luz de pressupostos da terapia cognitivo-comportamental, fazendo uso de estratégias e técnicas com o objetivo de trabalhar as cognições disfuncionais acerca da doença, pensamentos e sentimentos desencadeados a partir do diagnóstico, que podem estar influenciando o estado emocional do paciente e, conseqüentemente, contribuindo para um agravamento do quadro.

Além disso, essa intervenção sugerida tem como objetivo permitir ao paciente falar da doença, dos medos e tantos outros sentimentos vivenciados em virtude do seu estado de saúde, ou de quaisquer outros temas que o paciente julgar importantes para ajudá-lo a um melhor enfrentamento da doença e a uma melhor qualidade de vida.

## **Referências Bibliográficas**

Akechi, T.; Okamura, H.; Yamawaki, S. & Uchitomi, Y. (2001). Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics*, 42(2), 141-145.

Barbosa, A. M. (2003). *Câncer: Direito e cidadania*. São Paulo: Arx.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barracough, J. (1999) *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology*. England: John Wiley & Sons LTD.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, A. & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes médicas.

Braga, A. C. S. (2005). *Pacientes oncológicos: a influência do câncer no estado emocional e a concepção de finitude*. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.

Carvalho, M. M. M. J. (2002). *Introdução à psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno.

Chiattonne, H. B. C. (1996). Uma vida para o câncer. Em: V. A. Angerami-Camon, (Org.). *O doente, a psicologia e o hospital* (pp. 75-89). São Paulo: Pioneira.

Falcone, E. (2001). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editora Livro Pleno.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.

Filiberti<sup>1</sup>, A. & Ripamonti, C. (2002). Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori*, 88, 193 – 199.

Freire, C. D. O. R. (2003). *Contribuições da psicologia para a qualidade de vida do paciente oncológico*. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.

Hem, E.; Loge, J. H.; Haldorsen, T. & Ekeberg, O. (2004). Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4209-4216.

Iconomou G.; Viha, A.; Koutras, A.; Vagenakis, A. G. & Kalofonos, H. (2002). Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative Medicine*, 16(4), 315-321.

Instituto Nacional do Câncer – INCA (2007). Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.

Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Linard, A. G.; Silva, F. A. D. & Silva, R. M. (2002). Mulheres submetidas ao tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Revista brasileira de cancerologia*, 48(4), 493-498.

Lorencetti, A. & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista latino - americana de enfermagem*, 13(6), 944-250.

McClain, C.; Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361, 1603 - 1607.

Mello, M. F. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de saúde pública*, 16(1), 163-170.

Ministério da Saúde (1996). Falando sobre o câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro. Disponível em: : < <http://www.inca.gov.br> > Acesso em: 15 jan. 2008.

Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.

Myers, D. (1998). *Introdução à psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC.

Penna, T. L. M. (2004). Dinâmica Psicossocial de famílias de pacientes com câncer. Em: J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Porto, A. O. (2004). *Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença*. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.

Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (1998). Tentativas de suicídio envolvendo riscos de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*. 47(4), 157-162.

Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia ciência e profissão*, 23(4), 32-41.

Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: V. A. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Scott, J. (1991). Cancer patients. Em: J. Scott; J. M. G. Williams & A. T. Beck (Orgs.) *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. (pp 103-125). New York: Routledge.

Silva, V. C. E. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.

Taylor, R. R. (2005). *Cognitive Behavioral therapy for chronic illness and disability*. Chicago: University Illinois Press

Torres, W. C. (1999). *A criança diante da morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trincaus, M. R. (2005). *A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.

Yamaguchi, N. H. (2002). O câncer na visão da oncologia. Em: M. M. M. J. Carvalho (Org.). *Introdução à psiconcologia* (pp. 22-32). São Paulo: Livro pleno.

 [Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Shirley de Souza Silva.

Av. Dep. Odon bezerra, 184 – E3 – sl 352 – Empresarial João Medeiros – Tambiá – João Pessoa – PB.

E-mail: [shirley.psic@yahoo.com.br](mailto:shirley.psic@yahoo.com.br).

Recebido em: 24/06/2008

Aceito em: 20/10/2008