

## **Atenção domiciliar em oncologia: contribuições da Psicologia da Saúde.**

*Home care in oncology: contributions from health psychology.*

**Cassiano Ricardo Rumin**

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP) e professor na FAI

**Rafaela Atelli Nascimento**

Psicóloga. Graduada pelas Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI

**Fabiana Aparecida Uemura**

Psicóloga. Graduada pelas Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI

**Roseli Cavalhero**

Psicóloga. Graduada pelas Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI

**William Rogério Cardozo**

Psicólogo. Graduada pelas Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI

### **Resumo**

Este trabalho apresenta práticas em Psicologia dirigidas aos usuários de serviços de atenção especializada ao câncer. Foi desenvolvido a partir do reconhecimento das vivências ansiogênicas que atravessam os indivíduos e seus familiares ao receberem o diagnóstico. Esta intervenção foi realizada a partir de visitas domiciliares onde verificou-se as características familiares da atenção ao adoecimento, a formas de organização da adesão ao tratamento e também oferecia-se a possibilidade de expressão dos sentimentos conflituosos despertados pelo adoecimento e o risco de morte. O acolhimento ao sofrimento dos indivíduos adoecidos e de seus familiares era proporcionado em práticas que envolviam todos os componentes da família e foi possibilitada uma escuta individualizada quando emergiam conteúdos inerentes a esta intervenção. Como complemento desta prática em Psicologia ofereceu-se a possibilidade aos usuários deste serviço de compartilhar suas vivências em atividades grupais com outras famílias onde puderam receber e partilhar informações sobre nutrição, acompanhamento da doença, cura e planejar movimentos futuros da cena familiar. Conclui-se que a possibilidade de implementação da atenção domiciliar é relevante em razão da redução dos níveis de ansiedade apresentados pelos familiares e entes adoecidos, pela ocorrência da maior adesão às prescrições inerentes ao tratamento e ao acompanhamento da reincidência da doença e pela necessidade de adotar os cuidados paliativos que podem seguir o processo de adoecimento.

### **Palavras-chave**

psicologia da saúde – câncer – assistência domiciliar

### **Abstract**

This paper presents Psychology practices directed at specialized cancer service users. The development of this research was based on the acknowledgement of anxiogenic experiences that affected the individuals and their family members when they received the diagnosis. This intervention was made through home visits, when the family characteristics were verified in terms of care to the illness and organization forms for treatment adherence, and the possibility was offered to express conflicting feelings aroused by the illness and the risk of death. The welcoming of the sick individuals' suffering was provided in practices that involved all family components, permitting individualized listening when contents inherent in this intervention emerged. As a complement of this Psychology practice, these service users were offered the possibility to share their experiences in group activities with other families, where they could receive and share information about nutrition, follow-up of the disease, cure and planning future movements in the family scene. It is concluded that the possibility of implementing home care is relevant due to the decreased anxiety levels presented by sick persons and their relatives, due to the occurrence of greater adherence to the prescriptions inherent in

treatment and to the follow-up of disease relapse, and also due to the need to adopt the palliative care that can follow the disease process.

### Key-words

health psychology – cancer – home care

### Introdução

Este trabalho apresenta práticas em Psicologia destinadas aos usuários dos serviços prestados pela Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) num município do oeste paulista. A atenção aos indivíduos e seus familiares após o diagnóstico de câncer ocorreu a partir de Agosto de 2005 e atendeu a aproximadamente 50 indivíduos e seus familiares.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2006) câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo. Ainda, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2006) o câncer de pele não melanoma (25,75%), câncer de mama (20,6%), colo de útero (8,11%) e colon e reto (5,88%), são os tipos predominantes de câncer entre mulheres. Já entre os homens encontramos o câncer de pele não melanoma (23,65%), o câncer de próstata (20,15%), de traquéia, brônquios e pulmões (7,60%) e de estômago (6,04%), como os casos de maior prevalência.

A partir do reconhecimento das vivências conflituosas relacionadas ao diagnóstico, aos tratamentos dolorosos, mutilações e da impossibilidade de cura que atravessam os indivíduos acometidos por câncer e seus familiares desenvolvemos esta intervenção em Psicologia utilizando o modelo de atenção domiciliar.

Inicialmente verificávamos se a atenção prescrita pelo Hospital Amaral Carvalho de Jaú (SP) poderia ser objetivada e questionávamos os familiares sobre a adesão ao tratamento e dificuldades enfrentadas quando quem adoeceu organizava financeiramente a família. Quando deparávamos com dificuldades na aquisição de medicamentos e alimentação direcionávamos os familiares para a obtenção destes gêneros nos serviços públicos de atenção social e de saúde.

Posteriormente, oferecíamos a possibilidade de acolhimento ao sofrimento dos indivíduos adoecidos e de seus familiares mesmo quando era solicitada uma escuta individualizada, pois, as visitas eram realizadas por duplas de discentes em estágio profissionalizante em Psicologia.

Junto aos indivíduos acometidos por câncer deparamos com o sofrimento em razão do impedimento das funções produtivas, das práticas sociais e do risco de morte. Como complemento da atenção domiciliar, oferecíamos a possibilidade aos usuários deste serviço de compartilhar suas vivências em atividades grupais com outras famílias. Nestes encontros puderam receber e partilhar informações sobre nutrição, acompanhamento da doença, cura e planejar movimentos futuros da cena familiar.

### Objetivo

Como elemento integrado a atenção propiciada pela RFCC procuramos oferecer o acolhimento ao sofrimento psíquico da população atendida e aos seus familiares, pois estes também são atravessados pelo medo e angústias determinadas pelo contato com a doença e a sobrecarga de funções familiares e de cuidado. Desta forma procuramos oferecer a escuta ao sofrimento psíquico da população atendida pela RFCC.

### Material e Métodos

Para a realização deste trabalho procedemos a seleção da população atendida a partir das dificuldades e resistências apresentadas para a adesão ao tratamento prescrito para os cuidados à saúde. Ainda, buscamos oferecer acolhimento aos indivíduos acometidos por câncer e seus familiares em razão da expressão intensa de sofrimento psíquico associado ao processo de adoecimento.

Este trabalho se efetuou com visitas domiciliares em virtude de características deste modelo de atenção, que permite o estabelecimento de vinculação com a família e acompanha-la no cuidado ao familiar adoecido. A proximidade entre profissionais de saúde e pacientes é vista cada vez mais como uma maneira de otimizar diversos tipos de tratamento, tornando-os mais eficazes e, em muitos casos, menos dolorosos e ansiogênicos.

Rehem e Trad (2005) apresentam a visita domiciliar ou atenção domiciliária como uma modalidade de atenção em saúde que permite o diagnóstico do cotidiano em que o sujeito está inserido, suas potencialidades e limitações. Favorece o restabelecimento da independência, contribui para a manutenção e restauração da saúde e beneficia o estabelecimento da autonomia.

Num primeiro momento, as famílias visitadas recebiam explicações relativas à proposta de atenção em Psicologia e eram consultadas sobre o interesse em utilizar este serviço. Caso houvesse o interesse pela utilização deste modelo de atenção em saúde, as famílias eram visitadas semanalmente por uma dupla de discentes em Psicologia.

A escolha metodológica de ofertar a atenção com uma dupla de estagiários permitiu o acolhimento, em espaços distintos, dos indivíduos acometidos por câncer e de seus familiares. Deste modo, conseguimos apreender aspectos diversificados do discurso dos componentes da família que foram utilizados para a compreensão da dinâmica afetiva familiar e orientou as ações de enfrentamento ao adoecimento.

Posteriormente, conforme indicação de Carvalho (1992), as famílias que utilizavam a prática de atenção apresentada acima participaram de encontros em grupo onde recebiam informações sobre adaptação e sobrevivência após o tratamento de alguns tipos de câncer e puderam encontrar pessoas que passaram pelo adoecimento e conseguiram o controle ou a cura do processo degenerativo.

## **Resultado e Discussão**

Após a formalização da proposta de trabalho junto a RFCC recebemos o encaminhamento das famílias que deveríamos ofertar atenção. A escolha das famílias assistidas pela atenção domiciliar se deu a partir do reconhecimento das dificuldades de enfrentamento da doença pelos trabalhadores e gestores da RFCC.

A população atendida demandava o recebimento do diagnóstico de câncer, o acompanhamento dos processos cancerosos estabelecidos e abordados pelas técnicas médicas consolidadas e indivíduos que se encontravam em estágio avançado de adoeci-

cimento. Por estas características da população atendida desenvolvemos intervenções diversificadas aos clientes com câncer e seus familiares.

Iniciaremos a apresentação dos resultados pela dinâmica afetiva estabelecida a partir do diagnóstico de câncer. Para isso apresentaremos situações que ilustram as dificuldades e as práticas estabelecidas para as diversas situações.

### **A comunicação do diagnóstico de câncer: aspectos psicológicos**

Na comunicação formal de um diagnóstico de câncer, a possibilidade de morte, a ocorrência de mutilações, o prejuízo a imagem corporal e os tratamentos dolorosos são elementos que intensificam vivências ansiogênicas (KOVÁCS, 2002). A partir deste ponto, diversas estratégias podem ser utilizadas para o enfrentamento da doença.

Entre as possibilidades de enfrentamento encontramos a organização da família em prol dos cuidados do indivíduo adoecido. Nesta situação o sofrimento permeia a tessitura familiar e encontra possibilidade de se abrandar com a participação nas práticas que envolvem o cuidado e o acompanhamento do familiar adoecido. Tal dinâmica de enfrentamento do adoecimento fornece coesão ao grupamento familiar e permite a reparação de situações conflituosas que poderiam anteriormente ter emergido. Neste modo de enfrentamento da doença os familiares também podem contribuir para a negação do risco efetivo de morte como externalização do desejo de que o ente adoecido permaneça vivo.

Caso o enfermo constitua-se como um elemento organizador da economia familiar pode desejar instruir algum elemento da família para a administração destes recursos. Entretanto, os familiares podem dificultar o estabelecimento do diálogo em razão da necessidade de admitir o processo de morte. Surge uma condição importante para o enfrentamento da doença pela família: projetar-se em espaços futuros e ordenar as interações de seus componentes nos anos vindouros ao adoecimento.

Nos momentos subsequentes de atenção à doença, diversas condições contribuem para vivências ansiogênicas. Entre elas destacamos a percepção do sofrimento que recobre as salas de espera dos cen-

tros de referência para o tratamento da doença. Para focalizar o sofrimento inerente a situação exposta apresenta-se, a seguir, o processo de adoecimento de uma cliente que apresentava câncer na laringe. Esta se recusou a utilizar os procedimentos cirúrgicos de laringectomia em razão do provável prejuízo à voz. Conforme exposto por Pedrolo e Zago (2002)

O laringectomizado, indivíduo submetido a laringectomia total para a remoção do câncer de laringe, após a cirurgia apresenta mutilações significativas como a perda da voz, traqueostomia permanente, além das outras conseqüências para a sua vida social, profissional ou de lazer que necessitam ser trabalhadas para as possíveis adaptações.

No relato da cliente destacamos a sala de espera como um mobilizador ansiogênico:

“(...) vou ficar sem voz, ouvi isso todo tempo enquanto esperava para ser atendida. Resolvi então, ir embora, e nunca mais voltar naquele lugar”.

Aterrorizada pelos processos relacionados aos tratamentos e atravessada pelas informações colhidas junto aos pacientes e familiares sobre a perda certa da voz decidiu evadir o espaço da sala de espera. Este lugar inominável em seu discurso vivificou a impossibilidade de uma efetiva ação médico-curativa para sua doença.

Posteriormente, decidiu submeter-se a quimioterapia e a radioterapia apenas como formas de prolongamento da vida. A passagem desta senhora pelos serviços de saúde foi restrita, mantendo no espaço da família a matriz de cuidado ao adoecimento.

Kovács (2003) ao discutir a bioética aponta a dificuldade dos doentes em submeter-se a toda gama de tratamentos:

(...) a atitude do ser humano de tentar preservar a vida a todo custo pode ser responsável por um dos maiores temores do homem na atualidade, que é o de manter a sua vida a custas de muito sofrimento, solitário numa U.T. I ou quarto de hospital, tendo como companhia apenas tubos e máquinas.

Esta reflexão nos faz pensar sobre qual o comportamento que devemos esperar de indivíduos que recebem o diagnóstico de câncer e que muitas vezes são considerados terminais. Assim, começa um conflito: lutar pela vida ou seu prolongamento – o que também pode causar muito sofrimento – ou viver intensamente todos os momentos até o último instante negando-se a pensar sobre a doença.

Entende-se que na tentativa de utilizar a negação sobre o adoecimento ou mesmo constituir interações mítico/religiosas (PESSOTTI, 1994) para explicar seu adoecimento, a cliente foi conhecendo uma degradação crescente de sua imagem corporal e do estabelecimento de vínculos no espaço de sociabilidade.

Em um primeiro momento tentou-se a sensibilização para a execução da cirurgia por meio de esclarecimentos sobre a intervenção médica e a vida de pacientes laringectomizados. Já nos momentos finais de nossos encontros – que se estenderam por 16 meses – a paciente manifestava claramente o desejo pela interrupção da vida.

A conduta desta cliente é permeada por uma historicidade conflituosa de relações interpessoais ríspidas. O conhecimento destas condições possibilitou a reconfiguração da conduta da família. O discurso sobre a liberdade de escolha da cliente sobre a realização ou não dos procedimentos cirúrgicos poderia encobrir o desinteresse da família em relação à manutenção da vida de seu componente. Havia um processo de desinvestimento na relação entre a família e a cliente. Vida ou morte não restaurava o afeto desta organização familiar.

Em outra ocasião nos deparamos com uma cliente que se mostrou resistente em optar pelo enfrentamento da doença. Nos primeiros encontros a cliente exitava em aceitar o contato com os representantes do serviço de saúde e alegava que nenhuma doença se incluía nos limites de seu corpo. A negação do adoecer (KÜBLER-ROSS, 1998) estava acompanhada da atribuição da cura do adoecimento a partir da utilização de uma pomada.

Esta situação exigia uma conduta de esclarecimento sobre o que era a doença, como seria o diagnóstico, quais as possibilidades da intervenção médico/curativo obter êxito e, especialmente, as implicações da manutenção da negação do adoecimento. Esta atividade de desconstrução do recurso defensivo da cliente implicaria na manifestação da raiva (KÜBLER-ROSS, 1998) como componente da relação entre o profissional de saúde e seu cliente.

À construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o doente se associava, ainda, o sofrimento derivado do conhecimento sobre a extensão das conseqüentes perdas e inconvenientes que

envolvem o enfrentamento desta modalidade de adoecimento. Os apontamentos de Neme e Rodrigues (2003, p.152) aludem às características do enfrentamento da doença:

A partir da comunicação diagnóstica e das duras rotinas de tratamentos que envolvem constantes reorganizações e decisões, o paciente é confrontado com diversos aspectos existenciais, dentre os quais seus valores, convicções, crenças, sentimentos e emoções. Paciente e equipe de saúde podem apresentar conceitos diferentes sobre a enfermidade, a cura e a morte. A própria vivência do tempo modifica-se diante da possibilidade da morte, e muitos pacientes relatam maior valorização de tempo e de aspectos da vida antes ignorados ou considerados sem importância.

Surge, então, um aspecto importante para a compreensão da negação do adoecer: a vivência de abandono, o distanciamento de seus filhos em razão dos afazeres cotidianos e de incongruências nas relações intensificava a percepção de isolamento e fragmentação dos vínculos familiares. Assim, foi necessário resgatar a participação de alguns familiares no cotidiano da cliente para que assegurassem seu cuidado no período pós-cirúrgico.

Este resgate desfechou o histórico conflituoso das relações familiares, mas continha uma promessa implícita de apaziguação se a vida da cliente fosse salvaguardada. Familiares e o ente adoecido se depararam com uma experiência que envolve o sistema de cura:

(...) de um lado há uma maior demanda de informação: os porquês do tratamento. De outro há um a demanda de reconhecimento de sua integridade como pessoa. Aqui se localizam os subterfúgios da influência pessoal, a luta pela reconquista da identidade ameaçada (SPINK, 2003).

A ameaça proporcionada pelo adoecimento por câncer intensifica-se pela investigação de metástases por outros sistemas orgânicos. Os serviços hospitalares especializados encerram elementos extremos de persecutoriedade durante a realização destes exames. Neste momento a atuação de profissionais de Psicologia em visitas domiciliares forneceria acolhimento às vivências ansiogênicas e permitiria a integração de afetos cindidos e das relações pessoais.

O acompanhamento ao período pós-cirúrgico mostra-se também necessário, pois a possibilidade de intervenção médico/curativa pode não atingir o objetivo da cura. A cada retorno ao serviço de aten-

ção especializada em oncologia emerge a situação de questionamento sobre a continuidade da vida.

Alguns pacientes apresentam um modo de enfrentamento da doença distanciado da estratégia de negação. Estes pacientes talvez apresentem uma melhor possibilidade de articular o enfrentamento da doença em razão da manifestação da resiliência. A resiliência pode ser definida “como a capacidade que tem um ser humano de se recuperar psicologicamente, quando é submetido às adversidades, violências e catástrofes” (PINHEIRO, 2004). Outros autores apresentam a resiliência “como um processo dinâmico envolvendo uma adaptação positiva frente à situação de adversidade significativa” (PALUDO & KOLLER, 2005).

Estas adversidades podem se vincular às mutilações conseqüentes de intervenções cirúrgicas ou mesmo alterações da imagem corporal. Assim, por vezes, é necessário a reorganização do esquema corporal, pois podem emergir alterações da sensibilidade em certas regiões do corpo ou mesmo contarmos com a redução da autonomia de movimentação dos membros.

A realização dos procedimentos para o tratamento do câncer pode envolver perda ou ganho de peso, náuseas, queda de cabelos ou distúrbios libidinais que acarretam insatisfação. O isolamento, a hospitalização e a permanência aumentada no domicílio podem conduzir a uma reduzida coesão dos vínculos sociais, familiares e do trabalho. Neste dimensionamento da experiência sobre o viver e a possibilidade de morte, a manifestação de resiliência resgata ao indivíduo sua projeção temporal num espaço futuro, estabiliza o processo subjetivo de desestruturação da identidade e cria condições para que o indivíduo possa aderir às prescrições para o tratamento da doença.

A inclusão de serviços de atenção psicológica na prática terapêutica destinada a pacientes resilientes pode contribuir para o acolhimento da frustração originada pela dedicação intensa a uma estratégia terapêutica que não atinge seu intento. Nesta última situação, a cisão pode se estabelecer como mecanismo de defesa maciçamente empregado e pode recair, sobre a figura dos profissionais de saúde e dos tratamentos por estes indicados. Neste momento, a elaboração recria condições para a continuidade do tratamento e, como apontado por

Neme e Rodrigues (2003), se configura como uma “experiência cognitiva emocional corretiva”.

### **A família e o serviço de Psicologia.**

Em algumas visitas domiciliares buscou-se estabelecer modalidades de intervenção psicológica destinada aos familiares dos clientes. Esta intervenção objetivava o acolhimento ao sofrimento originado pela possibilidade de finitude ou precarização da condição de existência de seu familiar.

Durante a construção desta modalidade de atenção verificou-se a urgência de abordar outros aspectos do processo saúde e doença tais como: esclarecer as condutas cotidianas que envolvem a família numa atividade de “assistência domiciliar” (Rehem e Trad, 2005), orientar sobre possíveis intercorrências do tratamento e estimular os familiares a oferecer informações precisas ao ente acometido por câncer sobre a doença.

De acordo com Becker (1997 apud Kovács, 2002) entre os familiares pode haver

(...) um bloqueio na comunicação no afã de se evitar falar de coisas desagradáveis, que podem causar dor e sofrimento, e mantêm-se o segredo, ou seja, o que uma das partes não deve saber. Para evitar a comunicação real, palavras são medidas, olhares são evitados, gestos são contidos. Entretanto, toda a energia usada para evitar estas situações faz com que a comunicação se torne cada vez mais superficial (p.111).

A superficialidade das relações fomenta diversas fantasias no portador de câncer, compostas pelo desejo dos seus familiares por sua morte, a ocultação da gravidade do adoecer ou a brevidade do fim da vida. A comunicação também é ponto de importância no estabelecimento da atenção oncológica à crianças.

### **A criança com câncer e a atenção domiciliar**

No atendimento a uma criança acometida por leucemia a comunicação era de suma importância para a compreensão infantil sobre o aparecimento de hematomas, hemorragias, insuficiência de alguns órgãos, dor óssea ou articular, esplenomegalia e priapismo.

A comunicação pode desestabelecer fantasias persecutórias sobre a percepção de alterações na

imagem corporal e das funções vitais, além do fortalecimento dos vínculos entre a maternadora e a criança pela explicitação de afetos.

Antes mesmo do processo de diagnóstico do adoecimento a criança passou por uma internação hospitalar pelo período de 30 dias com suspeita de um quadro de nefrite. Já neste período a criança foi obrigada a se adaptar a novos horários, confiar em pessoas até então desconhecidas (profissionais de saúde), permanecer reclusa no espaço do quarto hospitalar, tolerar intervenções terapêuticas como injeções e privar-se da atividade lúdica com o intuito de não agravar um quadro instável de saúde. Deste modo, antes mesmo do diagnóstico da doença a criança já se submetia a circunstâncias limites que propiciavam a apatia e o distanciamento do espaço social.

Após o diagnóstico e a desestabilização de comorbidades associadas como a esplenomegalia e a nefrite, foi iniciado o tratamento quimioterápico e as atividades de assistência domiciliar oferecidas pelos serviços públicos de saúde. Neste momento, iniciamos a oferta dos serviços de Psicologia no espaço domiciliar para propiciar a elaboração afetiva do processo de adoecimento e auxiliar os genitores no entendimento do adoecer e dos cuidados dirigidos à criança.

Ainda, a mãe poderia experimentar a integração de afetos cindidos fomentados pelo risco de morte do filho que estava sob os seus cuidados. A culpa pela demora no reconhecimento do adoecer de seu filho se estabelecia de forma intensa nos primeiros contatos com esta família.

Como modalidade de atenção à criança optou-se por realizar intervenções baseadas na disponibilidade de objetos que poderiam ser utilizados em atividades lúdicas. Estes objetos permitiriam a expressão de sentimentos que não encontravam configuração na via discursiva da linguagem verbal.

Organizamos, então, uma maleta com acessórios de brinquedo utilizados por profissionais de saúde: termômetro, esfigmomanômetro, seringas descartáveis, baixadores de língua, frascos de soro com água destilada, frascos que simulariam medicamentos e outros para a coleta e análise de sangue. Ainda, a maleta continha um jaleco na cor branca, óculos de proteção, receituário, caneta, crachá de

identificação e aparelho celular de brinquedo. O objetivo da oferta destes materiais dirigia-se ao entendimento da relação da criança com os serviços de atenção em saúde.

Ao brincar com estes instrumentos a criança apresentava delicadeza e executava os procedimentos inerentes à aferição de pressão e temperatura, entre outros, seguindo de modo objetivo as condutas apresentadas por profissionais de saúde. Esta apresentação do brincar vinculada a utilização funcional dos objetos materializava as constantes idas e vindas a hospitais; um saber internalizado pelas vivências dolorosas nas internações hospitalares e nos procedimentos diagnósticos. Ao atuar, como um ator do cuidado materializava a sobreposição das rotinas instituídas do saber médico/curativo no corpo lúdico da infância. O brincar portava a objetividade da lógica médica.

Com o intuito de permitir a manifestação das fantasias sobre o processo ambivalente caracterizado pela manutenção da vida e a possibilidade de morte, oferecemos a criança algumas fantasias de super-heróis e vilões. A doença poderia ser representada pelo mal encarnado na figura dos vilões e a ação médico/curativa poderia se presentificar na onipotência dos super-heróis. Numa das ocasiões em que a criança utilizou estas fantasias na atividade lúdica apresentou as mesmas como um disfarce para combater a doença. Com esses recursos buscou-se entender os modos de enfrentamento da doença empregados pela criança.

Algumas produções gráficas apresentadas pela criança neste período demonstraram o risco que um indivíduo desprotegido corria frente a objetos amedrontadores. Estas produções com “características paranóides” (STEINER, 1991) apresentavam lobos e cobras que tentavam atacar filhotes, mas figuras maternas interviam nos momentos mais ameaçadores. Assim a atividade lúdica apresentava o medo enfrentado pela proximidade da morte e a ação de proteção à vida realizada pela figura materna.

### **Considerações Finais**

Podemos considerar que o envolvimento da família e das equipes de saúde no processo de atenção a diversos tipos de câncer contribuiu para o resta-

belecimento da saúde e atenuou o sofrimento relacionado à proximidade da morte. Nesta condição, a assistência domiciliar oferecida pela atenção em Psicologia possibilitou a circulação de afetos e estabeleceu circuitos discursivos sobre o adoecimento e o cuidado ao ente adoecido.

A negação em constituir uma organização discursiva sobre o adoecimento e a manifestação do desejo de morte dificultava o engajamento dos indivíduos nas ações de atenção em saúde. Falar do adoecimento que o indivíduo esforça-se para racionalizar a ocorrência da cura pode se configurar como elemento persecutório e disparador das ansiedades paranóides.

A mutilação de partes do corpo era vivenciada como constrangimento e humilhação e dificultava o estabelecimento do vínculo com os discentes em Psicologia. Ainda, a mutilação de partes externas do corpo proporcionava vivências relacionadas à manifestação de uma deficiência adquirida: passado e futuro ganhavam contornos muito distintos à imagem corporal.

Em algumas visitas buscou-se o estabelecimento de uma prática de atenção psicológica aos familiares que se encontravam fragilizados por angústias associadas à possível ausência de seu familiar. A integração das vivências relacionadas à ausência ou permanência do familiar em espaços temporais futuros poderia conferir maior coesão ao grupamento familiar e maior atenção ao processo de cuidado em razão do conhecimento das intercorrelações dos processos médico/curativos.

É importante ressaltar, que o trabalho de apoio psicológico, aconselhamento e de ações reabilitadoras facilitou a compreensão do diagnóstico, a aceitação, o encorajamento aos tratamentos, a projeção do indivíduo numa relação desejante ligada ao futuro e a catálise de afetos entre familiares e pacientes terminais. A ocupação do espaço domiciliar por este serviço em Psicologia destituiu o isolamento de alguns indivíduos nos limites residenciais.

Desta forma, destacamos que a oferta de serviços em Psicologia em moldes da assistência domiciliar contribuiu para o enfrentamento de vivências penosas e ofereceu acolhimento ao sofrimento psíquico em razão da resignificação dos afetos circunscritos à dinâmica familiar.

Conclui-se que a implementação da prática de assistência domiciliar se destaca em razão da percepção da redução dos níveis de ansiedade apresentados pelos familiares e entes adoecidos, pela ocorrência da maior adesão às prescrições inerentes ao tratamento e ao acompanhamento da reincidência da doença e pela necessidade de adotar os cuidados paliativos que são determinados pelo processo de adoecimento.

Pôde-se verificar que não só foi proporcionada a possibilidade de expressão do sofrimento na atenção à saúde, mas também a intermediação entre as instituições e os questionamentos individuais, tais como, aposentadoria por invalidez, auxílio doença, finalidade do uso de medicamentos e monitoramento dos pacientes nos retornos médicos. Assim, a prática em Psicologia ampliou sua área de atuação ao abranger demandas psicossociais.

## Referências

CARVALHO, V. A. Atendimento psicossocial à pacientes de câncer. In KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 213-234, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2006). **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>>. Acesso em: 31 out. 2007.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 253 p., 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 296 p., 1998.

NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Paulo: RiMa, 362 p., 2003.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília; v.21, n.2, p.197-205, 2005.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada

do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro., 48 (1): 49-56, 2002.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 207 p., 1994.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 9(1): 67-75, 2004.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10 (supl.0): 231-42, 2005.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 339 p., 2003.

STEINER, J. O interjogo entre organizações patológicas e as posições esquizo-paranóide e depressiva. In: SPILLIUS, E. B. **Melanie Klein: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Rio de Janeiro: Imago, p. 329-47, 1991.