

# ESCUTANDO A DOR, O CANSAÇO E A SOLIDÃO: UM ESTUDO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

## LISTENING TO PAIN, FATIGUE AND LONELINESS: A STUDY WITH ONCOLOGY PATIENTS

Adilson Dias Bastos Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil  
e-mail 4447@academicougbr.com.br

Ester Aparecida Luiz da Silveira Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil  
e-mail 4447@academicougbr.com.br

Jônatan Fernandes Costa Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil  
e-mail jonatanfernandes2001@hotmail.com

**Resumo** O presente trabalho buscou destacar, no contexto da prática psicológica voltada para oncologia, a importância da escuta da história de vida dos pacientes oncológicos, o delineamento de novas abordagens clínicas e o investimento de estudos científicos nesse campo. O lugar de fala do paciente oncológico é muitas vezes negligenciado, sendo submetido ao reducionismo de ser visto como alguém fora das esferas socioculturais e com sofrimentos que extrapolam a vivência com o câncer. Nesse contexto, a escuta, aplicada no acolhimento desses sujeitos, tem como objetivo proporcionar aos pacientes uma oportunidade de se haver com questões existenciais, sociais, culturais, políticas, históricas e psíquicas. A pesquisa foi conduzida de maneira quantitativa e qualitativa, envolvendo 19 assistidos de uma instituição de acolhimento para pessoas com câncer na região Sul Fluminense. Utilizou-se entrevistas individuais para ouvir as vivências desses sujeitos e os resultados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin.

**Palavras-chave** pacientes oncológicos. determinantes sociais. Psicologia. sofrimento psíquico. adoecimento.

**Abstract** The present work sought to highlight, in the context of psychological practice focused on oncology, the importance of listening to the story of the oncology patients, the design of new clinical approaches and the investments in the scientific studies in this field. The speech of the cancer patient is often neglected being submitted to reductionism of being seen as someone outside the sociocultural spheres and with the sufferings beyond of the cancer. In this context, the listening applied to welcoming these subjects aims to provide patients with an opportunity to deal with existential, social, cultural, political, historical, organic and psychological issues. The research was conducted in qualitative and quantitative ways and involved 19 patients from a shelter organization for people with cancer from the South fluminense region of Rio de Janeiro state, Brazil. It used individual interviews to listen to the experiences of these subjects and the results were analyzed by the bardin's content analysis.

**Keywords** oncological patients. cancer patients. social determinants. Psychology. psychological sufferings illness.



Licença de Atribuição BY do Creative Commons  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Aprovado em 25/01/2025  
Publicado em 30/04/2025

## INTRODUÇÃO

Tua tristeza é tão  
exata E hoje, o dia é  
tão bonito Já estamos  
acostumados  
A não termos mais nem  
isso. Os sonhos vêm e os  
sonhos vão  
O resto é  
imperfeito. Disseste que se tua voz  
tivesse força igual  
À imensa dor que  
sentes Teu grito  
acordaria Não só  
a tua casa  
Mas a vizinhança inteira  
(Renato Russo)

Ao longo da história, o câncer foi concebido de diferentes formas, desde uma condição patológica maligna e intratável até um desafio significativo de saúde pública. A evolução do entendimento sobre o câncer foi marcada por esforços contínuos da medicina para desenvolver estratégias de cura e prevenção, empregando diversas tecnologias terapêuticas. No entanto, por um longo período, o conhecimento científico sobre a doença permaneceu limitado, e as intervenções disponíveis não eram capazes de mitigar adequadamente o sofrimento e a mortalidade associados ao câncer. Essa falta no entendimento contribuiu para ampliar o temor e a estigmatização da doença na sociedade.

Desde seus primórdios, o tratamento do câncer foi predominantemente orientado por um modelo biomédico, centrado exclusivamente na busca pela cura da doença. Dessa forma, pouco ou nenhum enfoque era direcionado às questões psicossociais e culturais que a enfermidade acarretava no sujeito, tais como os impactos do quadro na economia psíquica do sujeito e as dimensões sociais inerentes ao processo de tratamento. Contudo, nas últimas duas décadas, esse cenário passou por transformações significativas, tornando-se essencial uma abordagem multiprofissional no cuidado ao paciente oncológico. Essa perspectiva visa à reabilitação integral, contemplando não apenas a recuperação física, mas também os aspectos psicológicos e sociais (CAMARGO; MARX, 2000).

O tema escolhido para este artigo, emergiu a partir de inquietações apresentadas por estudantes do curso de Psicologia do Centro Universitário Geraldo Di Biase (UGB, campus Volta Redonda), estagiários em uma Organização de Acolhimento de Pacientes Oncológicos na região Sul Fluminense, denominada “Associação de Voluntários Grupo da Vida”, onde através das observações

em campo e das orientações semanais, percebeu-se a necessidade de proporcionar um espaço de "fala" e "escuta" para esses pacientes, que frequentemente traziam questões que extrapolavam o seu quadro clínico. Assim, a proposta deste artigo, originado de um projeto de pesquisa, visa conferir ao paciente oncológico a condição de sujeito, reconhecendo seu lugar de fala e a importância da escuta na oncologia.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1. Uma breve revisão histórica sobre o câncer

O câncer, etimologicamente derivado da palavra grega “Karkinos”, foi primeiro descrito por Hipócrates, o pai da Medicina, por volta de 400 a.C. Essa nomenclatura foi adotada devido à analogia morfológica entre o tumor metastático e o movimento do caranguejo pela areia (MUKHERJEE, 2012). Em uma revisão histórica e bibliográfica sobre o câncer, Silva (2005) destaca que a percepção sobre a doença evoluiu ao longo do desenvolvimento da humanidade.

Inicialmente, o câncer era considerado uma enfermidade incurável, equivalente a uma sentença de morte. Para aqueles que não possuíam conhecimento médico, a doença foi por muito tempo relacionada a intervenções sobrenaturais ou à influência de forças divinas (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA; 2012). Os pacientes com câncer eram analisados com base na taxa de sobrevivência e na eficácia dos tratamentos disponíveis. A história do câncer é permeada por sentimentos de medo, vergonha e tristeza, que evocam paradigmas antigos que persistem no imaginário social, como a associação entre câncer e pecado, ou o diagnóstico visto como um decreto de morte.

No entanto, atualmente com os avanços da medicina moderna e o desenvolvimento de tratamentos tecnológicos, as perspectivas em relação ao câncer sofreram alterações significativas (SILVA, 2005). Os progressos na oncologia despertam um notável interesse na pesquisa de aspectos que vão além das condições físicas, explorando as relações entre fatores psicossociais, a incidência, a evolução, o tratamento e a remissão da doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), hoje o termo “câncer” refere-se a um agrupamento de mais de cem patologias caracterizadas pelo desenvolvimento irregular e desordenado de células que se proliferam de maneira incontrolável, invadindo os tecidos e órgãos do organismo. O câncer se configura como uma doença que desencadeia reações avassaladoras, afetando tanto os aspectos emocionais quanto físicos do sujeito, resultando na diminuição de autoestima, dores intensas, ansiedade, medo da morte, estresses, aborrecimentos, interrupção dos planos de vida, mudanças da imagem corporal e outros (LADISLAU, 2014, p.135).

Nesse contexto, Barbosa (2014) afirma que o câncer permanece, até os dias atuais, uma doença

que se pode descrever como misteriosa e inexorável. Sua evolução é progressiva e silenciosa, assemelhando-se a um adversário que lentamente invade o território alheio, causando danos nas esferas física, social e psíquica. Assim, fica evidente a necessidade de pensar estratégias que ofereçam suporte ao sujeito atravessado pelo câncer desde o momento do diagnóstico até o período remissivo. Essas estratégias devem integrar uma análise integral ampla, buscando desmistificar premissas que possam contribuir para um aumento do sofrimento psíquico do sujeito.

### 1.2. O diagnóstico, o tratamento e o sofrimento psíquico.

Confirmado o diagnóstico de câncer, o paciente se encontra frente ao desconhecido, e se depara com sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade. “Não é incomum escutar dos pacientes que perderam o chão ou um buraco foi aberto diante de seus pés” (FERREIRA, 2016, p. 23). Muitas vezes, essa confirmação é acompanhada pelo início de um tratamento invasivo e doloroso para o sujeito: quimioterapia, radioterapia, cirurgias mutiladoras, que conseqüentemente poderão produzir marcas psíquicas no sujeito.

Conforme assinalado por Gaspar (2011, p.107), “se as outras doenças causam sofrimento, o câncer parece destruir a pessoa”. A desintegração e o declínio de aspectos subjetivos intrínsecos ao sujeito trazem como conseqüências uma fragilidade e desestabilização do eu que luta incessantemente por síntese. Assim, segundo Barbosa,

o adoecimento oncológico, tal qual se apresenta na clínica, revela a relação com o intraduzível da proximidade da morte, do inimigo cujo potencial destrutivo é desconhecido, do fantasma que silenciosamente invade o corpo, que deforma, ameaça e que não pode ser expulso, desestabiliza, na maioria das vezes, a possibilidade de uma mínima mediação de um eu, cujo funcionamento encontra-se fragilmente sustentado, contudo, em uma aparente integração. (2014, p. 57).

Diante do processo de adoecimento, é comum e esperado que o paciente passe por momentos de impotência, agressividade e hostilidade, pois está vivenciando perdas concretas e simbólicas, como: a perda de autonomia, mudanças nos papéis sociais e na família, perdas econômicas, mudanças na rotina e nos hábitos e, junto a isso, a perda da própria saúde (SILVA, 2021).

A maioria dos pacientes vai se relacionar com a doença de forma gradual, buscando manejar sua relação com seu sofrimento, encontrando caminhos para solucionar problemas e localizando rotas para suportar a dor oncológica. Seguindo os passos de Le Breton (2013), entendemos que a dor é significação, é sempre sentido, e o sofrimento está ligado a esta significação; não é um fato da anatomia ou da biologia. O sofrimento provém da mistura do corpo e de significação, passando pela

subjetividade da pessoa num contexto particular, cultural e histórico. Não é o corpo que sofre, é o sujeito.

Nesse sentido, Castro-Arantes & Lo Bianco (2013), destacam que a escuta dessa dor se trata de um lugar onde as questões do sofrimento psíquico podem se expressar de forma contundente. Contudo, nem sempre a dor aí implicada é facilmente reconhecida. Portanto, trata-se de uma convocação para reconhecer na fala do sujeito o padecimento e muitas vezes a angústia que o acompanha. Desta forma, Barbosa (2014) afirma que o que se impõe na escuta é o modo como cada sujeito conta sua história. Esses discursos revelam a capacidade representacional, os mecanismos de defesa, os aspectos desejantes, as dimensões afetivo-emocionais e o funcionamento psíquico, todos permeados pelo contexto sócio-histórico em que se desenvolvem.

### 1.3. A escuta no processo oncológico

Conforme destacado por Sette e Gradwohl (2014) em sua pesquisa, faz-se necessária a escuta do sofrimento psíquico, pois é ela que em algum ponto possibilita sua elaboração, muitas vezes viabilizando o tratamento oncológico. A escuta psicológica desempenha um papel essencial, permitindo que o paciente compartilhe sua experiência e, assim, viabilize a identificação de estratégias para enfrentar o câncer.

Segundo Campos (1995), através da fala, o paciente manifesta mensagens que ultrapassam as informações que se referem ao mau funcionamento do corpo. Ali, vão ecoar pedidos de ajuda e informações sobre os efeitos sociais do adoecimento, e podem ser importantes para o entendimento de como desencadeou-se a doença.

Como foi observado no campo empírico, pode-se dizer que

a escuta do sujeito pode ser então uma importante ferramenta para a ressignificação do seu sofrimento e um caminho para o estabelecimento de novos recursos psíquicos de enfrentamento ou de fortalecimento dos já existentes e atuantes em seu psiquismo. Assim, podemos compreender a escuta, dentro do campo de batalha contra o câncer, como uma arma modesta e silenciosa, mas, se considerarmos as ressonâncias de seus efeitos, deveras potente e eficaz para o combate empreendido. (BARBOSA, 2014. p. 58)

Desse modo, no âmbito da psicologia, escutar é dar as condições para que a palavra seja dita. “Por meio da fala, o real pode ser tratado pelos significantes, o que quer dizer que aquilo que o deixou sem lugar pode retornar pela palavra” (FERREIRA, 2014, p. 27). Oferecer a escuta e, em consequência, fazer valer a palavra do outro. Dar voz ao outro e ouvir o real. E esse real carrega a

angústia, o sofrimento, a dor, a transitoriedade da vida e sua finitude.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A Associação Voluntários Grupo da Vida é uma Organização da Sociedade Civil, de direito privado, sem fins lucrativos e políticos, sem discriminação racial ou religiosa e autônoma em suas decisões. Está sediada no bairro Jardim Amália, na cidade de Volta Redonda, município do estado do Rio de Janeiro.

O Grupo da Vida surgiu através de um grupo de mulheres voluntárias e implicadas com o câncer que perceberam que o enfoque do tratamento estava restrito à dimensão biomédica da doença, e observaram que as demandas de atendimento, por sua vez, eram raras e, em sua maioria, decorrentes de encaminhamentos médicos, fazendo com que muitos pacientes ficassem à mercê de uma tentativa de cura puramente biológica. Em resposta a isso, as voluntárias optaram por adotar uma abordagem diferente. Elas se lançaram na iniciativa de abordar os pacientes aguardando atendimento na fila de espera, proporcionando um espaço para que estes compartilhassem suas dores, angústias e demais aspectos intrínsecos à vivência da enfermidade oncológica. Em 2000, organizaram um grupo de atendimento voluntário que, ao longo dos anos, evoluiu para abranger outros tipos de serviços. Atualmente, além do suporte psicológico, a associação conta com serviços de aconselhamento jurídico, iniciativas de conscientização, doações e até mesmo disponibilização de lanches para os atendidos.

O objetivo do Grupo da Vida é oferecer apoio psicossocial e acolher toda e qualquer pessoa com diagnóstico de câncer. Suas atividades se iniciaram com a confecção e doação de sutiãs e próteses mamárias artesanais. Conta com a média de 80 (oitenta) voluntários que se revezam na prestação de serviços oferecidos aos assistidos no decorrer de toda a semana. Oferece cerca de 500 a 600 lanches por semana, com cerca de 50 atendidos que recebem cesta básica mensalmente.

Também existe no local uma equipe de profissionais que estão disponíveis para auxiliar os pacientes, dentre eles: 4 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 advogada.

A Associação atende a todas as faixas etárias, sendo os seus recursos provenientes da contribuição de associados, doadores eventuais, eventos sociais próprios e com parceiros, venda em bazar permanente nas sedes dos bairros "Água Limpa" e "Jardim Amália", além de contar com doações de algumas empresas da região. Como resultado das doações, são disponibilizados, diariamente, lanches para os atendidos, cestas básicas, fraldas geriátricas, entre outros.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia consistiu em entrevistas individuais semiestruturadas, de caráter quantitativo e qualitativo. Primeiro, foi realizada uma entrevista aberta para explorar a história do paciente e seus atravessamentos, seguida pela aplicação de um questionário objetivo composto por 35 questões, subdivididas em quatro seções distintas:

- Tabela A, que inclui 4 questões relacionadas à percepção do paciente sobre seu estado de saúde;
- Tabela B, contendo 6 questões que aborda a frequência do suporte recebido pelo paciente de amigos e familiares;
- Tabela C, com 15 questões direcionadas ao problema de saúde atual do paciente;
- Tabela D, que contém 10 questões relativas aos sinais observados durante a última semana, mês ou ano.

O processo de coleta de dados foi conduzido de forma presencial com um total de 19 atendidos. Todos os participantes da pesquisa aceitaram participar por livre e espontânea vontade e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os riscos da pesquisa foram mínimos e os participantes tinham a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Souza e Santos (2020) aponta que a pesquisa qualitativa se centraliza na linguagem e, por assim dizer, tudo que é dito, é dito para alguém em algum lugar, de algum lugar ou para algum lugar. Nesse contexto, Silva, Lopes e Junior (2014) assinalam que a pesquisa quantitativa assume uma significativa importância na obtenção de amostras amplas e, mediante utilização de critérios abrangentes, proporciona a capacidade de compreender as manifestações de uma determinada área, atividade ou segmento. Diante disso, o nosso desafio enquanto pesquisadores repousou-se na obtenção de interpretações plausíveis no universo de narrativas e na articulação destes com os dados fornecidos pelo questionário.

Na abordagem do dinamismo de um determinado problema social, há várias técnicas de análise, dentre elas, a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Os dados foram analisados a partir desta técnica, que é um conjunto de instrumentos metodológicos que se empregam a discursos diversos. Para esta autora, a Análise de Conteúdo objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A análise do material coletado seguiu um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2011),

como: Pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

## 4. RESULTADOS OBTIDOS

### 4.1. Exposição e análise dos discursos

Durante a entrevista aberta, os pacientes trouxeram à tona diversos aspectos relevantes intrínsecos à suas experiências com o câncer. Os discursos que emergiram nesses momentos possibilitaram uma compreensão mais profunda da vivência oncológica e de suas implicações. Destacaremos alguns elementos recorrentes nas entrevistas e apresentaremos algumas falas, mantendo as expressões e maneirismos dos entrevistados. Para preservar o sigilo, cada participante foi identificado por letras.

#### *A patologia do câncer*

Atualmente, reconhece-se que o surgimento do câncer é influenciado por fatores tanto internos quanto externos ao organismo. Contudo, a não existência de uma causalidade unívoca e a localização pouco delineada atualmente, faz com que os pacientes enxerguem a origem da doença em fatores psicológicos, emocionais ou concretos – de natureza orgânica com um objeto específico.

Nos aspectos psíquicos, os pacientes frequentemente localizavam a origem do câncer em emoções, como: ansiedade, estresse, aborrecimento, tristeza, raiva, fadiga e outros mais. Exemplificaremos esses elementos com os relatos dos pacientes C e V, que associaram o aparecimento do câncer à tensão psíquica resultante de fatores estressantes.

“Meu filho foi preso, né? Fiquei muito tempo sob estresse, acho que isso tem a ver com o câncer, apareceu na mesma época”. (Paciente C)

“Uma série de coisas fizeram o meu câncer, assim, as maiores são minha ansiedade e meu estresse, sou muito estressada...” (Paciente V)

Na perspectiva orgânica com um objeto específico concreto, exporemos fragmentos dos discursos dos pacientes A, K, S e J, que associam o surgimento do câncer a questões conjugais, ambientais, de cuidados e humanitários.

“Então, eu fui traída pelo meu marido com minha cunhada, acho que isso pode ter ajudado a aparecer o câncer, né?”. (Paciente A)

“Acho que a água de Valença pode ter contribuído para a aparição do câncer, estava tendo problemas de tratamento da água por lá, não sei se vocês ficaram sabendo...”. (Paciente K)

“Eu acho que o ferrinho do meu sutiã foi o motivo do câncer, eu tirei

para ver e estava todo enferrujado. Quando fui ver estava com um nodulozinho no peito, depois disso fui diagnosticada com câncer de mama...”. (Paciente S)

“Ah, lá em Angra dos Reis está tendo muitos casos de câncer, muito mesmo, acho que sou mais um”. (Paciente J)

### *O papel da religião e das crenças espirituais*

Nas entrevistas abertas, a religião foi frequentemente mencionada nos discursos como uma âncora em meio ao câncer e suas implicações. Observamos que a presença de crenças espirituais no processo oncológico lança aos pacientes um ponto de esperança e de sentido em relação ao tratamento. Paralelamente, a religião também se apresenta como um elemento de responsabilidade, atribuindo ao sujeito a culpa pelo aparecimento do câncer, supostamente decorrente de violações de leis religiosas. Nas falas dos atendidos I e B, é possível observar os dois pontos contrastantes.

“Não me preocupo, Deus me dá força. Mas tento não ficar pensando na doença, senão...”. (Paciente I)

“As pessoas pecam, pecam e pecam, e quando tem câncer, não tem como, correm para a igreja”. (Paciente B)

### *O encontro com a doença*

O diagnóstico de câncer anuncia atravessamentos intensos nas esferas orgânicas, psíquicas e sociais. Mesmo com os avanços da medicina moderna, os pacientes se defrontam com a finitude da vida, com a iminente degradação do corpo e experimentam perdas progressivas e significativas na autonomia e na saúde. Nos discursos dos pacientes M, I e G, torna-se evidente a gravidade do câncer e a dificuldade em encontrar palavras para descrever todo o processo, assim como as perdas subjacentes a ele.

“Eu me achava muito forte, depois da doença descobri que sou frágil como todo mundo”. (Paciente M)

“Eu não consigo colocar em palavras o que eu senti quando descobri o câncer, muito difícil”. (Paciente I)

“O médico disse que eu não seria mais homem para mulher, acabou relação sexual... Essa doença é muito triste. Não desejo isso nem para o meu pior inimigo”. (Paciente G)

### *Os atravessamentos sociais*

O sujeito diagnosticado com câncer é também um sujeito inserido na cultura, com todos os

determinantes socioculturais e políticos implicados. Alguns entrevistados afirmaram que apesar do câncer representar um grande impacto em suas vidas, muitas vezes isso se perdeu em meio à emergência sanitária do COVID-19 e às vertigens sociais contemporâneas, como: a preocupação com a alimentação, com o aluguel, com o transporte para o tratamento etc. No discurso do paciente A, foi observado uma intensa preocupação com questões relacionadas ao dinheiro e a sua própria sobrevivência. Paralelamente, a paciente V ressalta que a perda de cabelo, resultante do processo quimioterápico, causou mais sofrimento psíquico do que o próprio diagnóstico, evidenciando os significados atribuídos ao cabelo na sociedade, especialmente no contexto feminino.

“A minha preocupação no momento não é a doença e sim a falta de dinheiro, cortaram meu INSS e só estou recebendo o bolsa família, o que faço só com 600 reais?” (Paciente A)

“Eu não estava preocupada com a doença em si, e sim com a perda de cabelo, pois era muito apegada a ele, nossa... É um símbolo da mulher, né?” (Paciente V)

#### *O papel do cuidado e da rede de apoio*

A experiência do paciente oncológico abrange uma dimensão de cuidado que vai além das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Estes cuidados perpassam por elementos nas artes, na cultura e no lazer, integrando esse sujeito nessas dinâmicas a partir de suas limitações e contingências. Foi observado na fala dos entrevistados D, S e J que uma das estratégias mais recorrentes para enfrentar a doença é a exploração pessoal em busca de recursos internos que promovam uma vivência menos traumática e mais esperançosa. Além disso, os pacientes frequentemente mencionavam a estratégia de evitar pensar na doença, pois acreditavam que isso poderia causar uma paralisia na vida pessoal e no tratamento.

“Eu tento me ocupar com atividades para não ficar pensando na doença, se não a gente não vive. Eu participo de um grupo chamado grupo das maravilhas, vamos no cinema, churrasco e outras atividades. A gente precisa viver, né?” (Paciente D)

“Estando viva, o resto a gente corre atrás”. (Paciente S)

“Não pode ficar pensando, senão a gente não aguenta.” (Paciente J)

#### 4.2. Exposição e análise do questionário

A aplicação do questionário revelou dois pontos fundamentais: a congruência entre os discursos e as respostas fornecidas, além da expansão dos dados da pesquisa. Alguns entrevistados, inicialmente reticentes na primeira parte da entrevista, expressaram suas vivências de maneira mais

detalhada durante as perguntas do questionário. Este foi dividido em quatro tabelas, e os dados apresentados envolveram dezenove (19) participantes.

*Tabela A. A percepção dos pacientes sobre seu estado de saúde*

A	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Demais
O quanto a doença afeta sua vida?	21,1%	10,5%	31,6%	10,5%	26,3%
Quanto você está preocupado(a) com a doença?	42,1%	0%	15,8%	0%	42,1%
Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente?	26,3%	10,5%	21,1%	10,5%	31,6%
Quanto você sente sintomas?	42,1%	5,3%	26,3%	5,3%	21,1%

Os dados coletados na "tabela a" do questionário indicam que o câncer impacta significativamente na vida da maioria dos pacientes, manifestando-se em diversos aspectos. Observa-se uma distribuição equitativa entre a ausência total de preocupação e uma presença excessiva dela em relação à doença. Além disso, é evidente que há algum nível de afetação, pelo menos em alguns aspectos, ou de maneira excessiva na maioria dos entrevistados. É importante destacar que a pesquisa incluiu pacientes em período de remissão e, embora tenha sido solicitado uma resposta dual, considerando tanto o processo de tratamento quanto o período de remissão, computamos exclusivamente o da percepção do processo de tratamento do paciente nesse eixo.

*Tabela B. O suporte recebido pelo paciente*

B	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Posso contar com alguém para me ajudar a melhorar meu humor, meu astral.	5,3%	0%	5,3%	0%	89,5%
Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.	11,1%	5,6%	0%	5,6%	77,8%
Posso contar com alguém para compartilhar meus medos e preocupações.	5,6%	0%	16,7%	5,6%	72,2%

Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.	5,6%	0%	16,7%	5,6%	72,2%
Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.	10,5%	0%	15,8%	0%	73,7%
Posso contar com alguém para me levar ao médico.	15,8%	0%	10,5%	0%	73,7%

Na "tabela b" do questionário, os dados apontam que os pacientes contam com uma notável rede de apoio, incluindo o próprio Grupo da Vida, que proporciona um ambiente acolhedor para interações entre os pacientes e os voluntários, além de campanhas de conscientização, suporte psicológico e jurídico. O apoio de amigos, familiares e até mesmo dos profissionais, resultam em um melhor posicionamento do sujeito inerente à sua enfermidade, ao mesmo tempo que auxilia na melhor aderência às formas de tratamento. Vale ressaltar que, na pergunta sobre ter alguém para levá-los ao médico, a resposta predominante é "sempre". No entanto, a maioria relata utilizar a van da prefeitura ou o ônibus para as consultas, sugerindo uma interpretação dos pacientes a essa pergunta relacionada a estados graves ou debilidades.

*Tabela C. Questões relacionadas à saúde atual do paciente*

C	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Tento encontrar estratégias que me ajudem a lidar com a doença.	0%	0%	21,1%	5,3%	73,7%
Sinto que não tem nada que possa fazer para me ajudar.	55,6%	5,6%	11,1%	0%	27,8%
Procuo algo positivo em tudo que está acontecendo.	0%	0%	5,3%	15,8%	78,9%
Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.	0%	0%	5,3%	5,3%	89,5%

Me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo.	57,9%	0%	5,3%	0%	36,8%
Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.	31,6%	5,3%	15,8%	5,3%	42,1%
Penso que a vida não pode ser boa porque estou doente.	89,5%	5,3%	0%	0%	5,3%
Tento aprender a viver com a doença.	0%	0%	0%	0%	100%
Me sinto sem esperança no futuro.	73,7%	0%	10,5%	0%	15,8%
Procuo apoio emocional de alguém.	15,8%	0%	21,1%	0%	63,2%
Peço ajuda a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	26,3%	0%	26,3%	0%	47,4%
Peço conselhos a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	36,8%	0%	15,8%	0%	47,4%
Procuo fazer coisas para esquecer a doença.	15,8%	0%	0%	0%	84,2%
Evito ter pensamentos ruins ou tristes sobre a doença por receio que isto me faça piorar.	21,1%	0%	0%	0%	78,9%
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0%	0%	5,3%	0%	94,7%

Na "tabela c" do questionário, diversos dados interessantes sobre aspectos intrínsecos à vivência dos pacientes oncológicos vêm à tona. É notável o constante esforço dos pacientes em aprender a viver com o câncer, buscando maneiras de aliviar a tensão no processo e focando em atividades importantes para eles, evitando pensar demasiadamente na doença por receio de piorar. Apesar da expressiva rede de apoio destacada na "parte b", nesta se observa um volume considerável de resistência para compartilhar medos, preocupações e as dificuldades de conviver com o câncer com amigos e familiares.

A religião desempenha um papel fundamental, servindo como suporte e âncora no tratamento,

conforme indicado pela maioria da amostra e nas exposições discursivas. Além disso, os dados revelam que 36,8% dos entrevistados se recusam a acreditar que têm câncer, enquanto 15,8% expressam sentir-se sem esperança no futuro. Contudo, apenas 5,3% acreditam que a vida não pode ser boa devido ao câncer.

*Tabela D. Os sinais e sintomas referente às últimas semanas, mês ou ano*

D	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.	63,2%	10,5%	10,5%	0%	15,8%
Durante a última semana tenho me sentido agitado e achado difícil me acalmar.	52,6%	5,3%	10,5%	5,3%	26,3%
Durante a última semana tenho me sentido nervoso(a) e trêmulo por dentro.	63,2%	0%	26,3%	0%	10,5%
Durante a última semana tenho me sentido tenso e não consigo relaxar.	57,9%	5,3%	10,5%	0%	26,3%
Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.	68,4%	0%	10,5%	0%	21,1%
Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.	63,2%	10,5%	15,8%	0%	10,5%
Durante a última semana tenho me sentido nervoso e instável.	47,4%	10,5%	26,3%	0%	15,8%
Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida.	94,7%	0%	5,3%	0%	0%
No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado ou deprimido.	26,3%	0%	36,8%	5,3%	31,6%

Eu tive dois anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.	31,6%	5,3%	42,1%	0%	21,1%
--	-------	------	-------	----	-------

Por fim, na "tabela d" do questionário, são examinados os sinais e sintomas nos últimos dias, semanas, meses e anos, incluindo a perspectiva do paciente sobre sua vida. A maioria dos entrevistados não manifesta agitação, nervosismo, pensamentos assustadores, tensão, perda de interesse ou perda de controle. Entretanto, cerca da metade relatou ter experimentado esses sentimentos, mesmo que de forma leve ou em situações específicas, em algum momento.

Quando questionados sobre pensamentos de acabar com a própria vida recentemente, as respostas, muitas vezes humorísticas, refletem uma resistência clara a essa ideia. Em relação a sentir-se triste, desanimado ou deprimido no último ano, a maioria dos entrevistados relatam ter vivenciado esses sentimentos, mesmo que de maneira pontual.

O mesmo ocorre ao serem questionados sobre sentir-se deprimido na maioria dos dias em dois anos ou mais na vida. Nesse momento, foi comum os pacientes fazerem uma digressão ao momento do diagnóstico e ao processo de tratamento, que envolveu diversas perdas.

Os dados desse eixo não fazem distinção entre o processo de tratamento e o estado atual para aqueles em remissão.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos e dados que expusemos evidenciam diferentes modos de relação do sujeito com o câncer. Contudo, em meio a toda essa singularidade, algo insiste, pulsa e permanece. Nossa pretensão não foi de esgotar as possibilidades para a compreensão da experiência oncológica, tendo em vista que esse é um campo que se apresenta a partir de uma constante: o revelar. Cabe salientar que, ao longo das entrevistas, surgiram questões que ultrapassavam nossas funções como pesquisadores. No entanto, foi possível gerenciar essas situações, conscientizando os entrevistados sobre os serviços disponíveis tanto na própria instituição quanto na rede de assistência.

O estudo evidenciou que o câncer é percebido como sinônimo de perdas, sejam estas no campo simbólico ou concreto. A religião e as crenças espirituais atuam como âncoras para esses sujeitos, exercendo um papel fundamental na atribuição de sentido à essa vivência atravessada e ao sofrimento psíquico subjacente.

A pesquisa remonta aspectos coletivos e culturais, que demonstraram ser essenciais no

tratamento do paciente e no posicionamento deste frente aos sintomas individuais e sociais.

Portanto, pretendeu-se com esse estudo, contribuir com um aprimoramento do conhecimento acerca da psicologia e oncologia, com o intuito de instigar novos estudos e pesquisas que corroborem práticas e fazeres nesse campo. Apostamos em uma abordagem que leve em conta todos os atravessamentos socioculturais que estes sujeitos vivenciam, além de abordar de forma abrangente os fatores orgânicos e psicológicos que se entrelaçam intensamente nesse contexto.

Nesse sentido, Sigmund Freud, em “Considerações da atualidade sobre a guerra e a morte” (1915), afirma que “suportar a vida é, e será sempre, o dever primeiro de todos os viventes”. Que sejamos capazes de sustentar nossas vidas e desejos apesar de todos os percalços, tropeços e quedas no caminho. Que possamos bem-dizer nossos sintomas e se haver com o que Jacques Lacan (1986) chamou de “a experiência trágica da vida”.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, F. Carolina; in. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Número II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Ed. rev. e ampl. São Paulo: 70/Almedina, 2011.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000.

CAMPOS, T. C. P. Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.

CASTRO-ARANTES, J. & LO BIANCO. “Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica.” *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 18, nº. 9. 2013.

CASTRO-ARANTES, J. Escuta do sujeito. In. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Instituto Nacional de Câncer José Alencar.

DA SILVA, Dirceu; LOPES, Evandro Luiz; JUNIOR, Sérgio Silva Braga. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. *Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)*, v. 5, n. 1, p. 01-18, 2014.

FERREIRA, M. Deborah; in. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Número II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

FREUD, S. (1996). Luto e Melancolia. In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915b).

LACAN, J. (1986). O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: JZE, 1988.

LADISLAU, A. Andrea; in. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Número II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

LE BRETON, David. Antropologia da dor. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

LEGIÃO URBANA. Há tempos. Álbum “As quatro estações”. EMI-Odeon, 1989.

Ministério da Saúde (2020). Câncer. Rio de Janeiro. Disponível em: : < // <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer> > Acesso em: 02 de novembro de 2023.

MUKHERJEE, S. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer. São Paulo: companhia das letras, 2012.

SETTE, Catarina; GRADVOHL, Silvia. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. São Paulo, 2014.

SILVA, Juliana. Elaboração de um protocolo para atuação do psicólogo hospitalar frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Bahia, 2021.

SILVA, Valeria. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Ribeirão Preto, 2005.

SOUSA, J; & SANTOS, S. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul./dez. - 2020.

TEIXEIRA, Luiz; PORTO, Marco; NORONHA, Claudio. O câncer no Brasil: Passado e Presente. Rio de Janeiro, 2012.

