

SÃO TANTAS EMOÇÕES... O FISIOTERAPEUTA LIDANDO COM OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM CÂNCER

Taiane Silva de Carvalho¹
Ana Emília Rosa Campos²

Resumo: *Este estudo buscou conhecer como os fisioterapeutas lidam com os aspectos psicológicos do paciente com câncer. Realizou-se um estudo qualitativo, com nove fisioterapeutas que trabalham em um hospital público referência contra o câncer, na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. O instrumento foi um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo dados de identificação e perguntas relacionadas às dificuldades, preparação, percepção e maneira como lida com esses aspectos, a motivação para trabalhar em oncologia e uma experiência marcante na profissão. A coleta foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2007. Para a análise dos dados utilizou-se a análise do conteúdo. Após a análise dos dados, emergiram seis categorias, as quais revelaram que diante dos aspectos psicológicos do paciente, o fisioterapeuta adota uma postura empática, buscando humanizar a relação, porém, no início das atividades profissionais as dificuldades em lidar com esses aspectos são mais intensas, e por não ter uma preparação adequada, acreditam que esta vem com a experiência. Os entrevistados demonstraram atenção à linguagem corporal dos pacientes como forma de percepção desses aspectos durante o atendimento. A motivação encontrada para atuarem em oncologia foi a oportunidade de emprego que lhes surgiram, mas todos sentem-se satisfeitos com o emprego, embora seja bastante desgastante emocionalmente. Os resultados desta pesquisa possibilitaram maior atenção não apenas para o paciente, mas também ao profissional de fisioterapia que pode vir a vivenciar situações decorrentes das repercussões psicológicas dos pacientes.*

Palavras-chave: Relações profissional-paciente; Emoções; Oncologia.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia multifatorial, que pode desenvolver-se no tecido de um órgão em qualquer faixa etária e em indivíduos de ambos os sexos^{3,17}. Atinge uma expressiva parcela da população mundial e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente seis milhões de indivíduos vão à óbito anualmente por câncer em todo o mundo¹. No Brasil, corresponde a segunda maior causa de morte por doença, superada, apenas, pelas doenças cardiovasculares¹⁶.

A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são as principais modalidades terapêuticas no tratamento do câncer¹ e a reabilitação se faz presente tanto na internação hospitalar, como na assistência de consultoria e no atendimento ambulatorial. Os pacientes, geralmente, são submetidos a tratamento para dor, fadiga, fraqueza, mobilidade articular, linfedema, neuropatias e excisão de tecidos moles ou ósseos⁷. Sendo assim, o fisioterapeuta encontra-se em importante posição para elaborar estratégias que irão melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida do paciente, participa das decisões sobre o tratamento e supre necessidades nos diferentes estágios do câncer^{7,11}.

¹Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador - UCSal. E-mail: fisiotai@gmail.com - Autora

² Psicóloga; Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador - UCSal. E-mail: aerc25@bol.com.br - Orientadora

Historicamente estigmatizado pela sociedade, o câncer envolve sentimentos difíceis de serem controlados pelo paciente^{9,14,24,25}, por sua família^{19,24,25} e pela equipe de saúde que o assiste^{19,20,24,25}. As reações frente ao diagnóstico de câncer variam a cada paciente, pois dependem das características individuais de cada um²⁵. Aspectos psicológicos como tristeza, angústia, medo, culpa, ansiedade, depressão, desesperança, desespero, raiva e diminuição da auto-estima contribuem para o sofrimento da dor no câncer, influenciam no tratamento e reabilitação e na qualidade de vida^{8,24,25}. Esses aspectos são reforçados à medida que o paciente passa a não ter com quem compartilhá-los^{11,24}.

O fisioterapeuta que trabalha com pacientes oncológicos pode desenvolver um imenso desgaste emocional, o que dificulta a assistência a esses pacientes^{4,13,19}. Enquanto alguns profissionais encaram os aspectos psicológicos do paciente com naturalidade, e compartilham da dor do paciente, sem, no entanto, transferir essa dor para si, outros se sentem ameaçados e despreparados diante da primeira expressão emocional de seus pacientes^{4,8,10}, criando, então, mecanismos de defesa¹⁰, através de fantasias de onipotência¹³. Devido o tratamento do câncer, geralmente, ser longo, fortes relações são criadas entre o fisioterapeuta e o paciente^{4,7,10}, e o fisioterapeuta pode ser seu principal prestador de assistência em longo prazo. Portanto, além de lidar com as questões físicas, o fisioterapeuta precisa estar preparado, ou pelo menos reconhecer a presença de outros fatores, que não os orgânicos, durante o atendimento fisioterapêutico^{7,11}, seja através da fala ou da linguagem corporal^{20,23}, e não permitir que a sua rotina diária iniba essa percepção^{15,20,23}. É importante que o paciente sinta que os membros da equipe de saúde o respeitam, se preocupam com ele e estão disponíveis para ouvi-lo e responder suas perguntas, para que envolva-se ativamente no tratamento^{7,8,12}.

São inúmeras as publicações que exploram os aspectos psicológicos advindos com o diagnóstico de câncer, porém, são raras as publicações que abordam o comportamento do profissional de fisioterapia diante destes. Torna-se relevante este estudo, pois aborda o comportamento de um profissional da equipe de saúde que está diante de um indivíduo que não apresenta apenas sua patologia, mas também suas emoções, suas crenças e expectativas. Diante disso, este estudo visa conhecer como os fisioterapeutas lidam com os aspectos psicológicos do paciente com câncer, as dificuldades, preparação, percepção no atendimento, a motivação e as experiências mais marcantes.

Este é um estudo qualitativo, realizado com fisioterapeutas que trabalham em um hospital público referência no tratamento e controle do câncer, localizado na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. Foram convidados para participar da pesquisa nove profissionais de fisioterapia, sendo dois atuantes no ambulatório, quatro atuantes na enfermaria e três atuantes na unidade de terapia intensiva, e todos aceitaram. O critério de inclusão adotado foi: todos os fisioterapeutas vinculados ao hospital atuantes no ambulatório, enfermaria e UTI. O instrumento de investigação utilizado foi um roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado pelas autoras. A coleta de dados foi realizada entre 21 de novembro de 2007 e 04 de dezembro de 2007, na unidade ambulatorial e na unidade de terapia intensiva do hospital, face-a-face com o sujeito da pesquisa, com o auxílio de um gravador de voz digital mp3 player FM/1G Phillips. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora principal. As entrevistas tiveram tempo de duração, em média, de aproximadamente vinte minutos. A análise dos dados seguiu a metodologia proposta por Bardin², 1977, sendo realizada a análise do conteúdo, que visa identificar pontos semelhantes, expressões chaves, os silêncios, as idéias contraditórias, procurando o sentido, a intenção contida em cada resposta.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, o qual é vinculado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS), onde foi protocolado sob número 187/07. Os informantes-chaves participaram da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de

acordo com os princípios éticos estabelecidos pela resolução 196/96 do CONEP/MS envolvendo seres humanos. Os entrevistados foram identificados por nomes de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os informantes-chaves eram do sexo feminino, com média de idade de 30 anos. Quanto ao estado civil, seis dos informantes eram solteiros e três casados. O tempo de término da graduação variou de dois a dezesseis anos e seis meses, enquanto o tempo de ocupação em oncologia variou de um a onze anos. É importante ressaltar que nenhum dos entrevistados possuía especialização em oncologia. Observou-se receptividade e disposição para participar desse estudo por parte de todos os entrevistados.

Após a leitura e a análise dos dados, procurou-se identificar as expressões-chave de cada discurso proveniente das respostas às questões contidas no roteiro da entrevista. Em seguida, buscou-se a idéia central que sintetizava o conteúdo das mesmas respostas, procurando-lhes o sentido, intenções, semelhanças, comparações e avaliações. Foram, então, identificadas seis categorias, sendo elas: *A dor do outro não é a minha dor, mas ela me dói; Dificuldades no início, mas com o tempo se acostuma; Preparação profissional vem com a experiência; O corpo fala; Trabalho em oncologia: oportunidade e São tantas emoções.*

A dor do outro não é a minha dor, mas ela me dói

Frente aos aspectos psicológicos do paciente com câncer, os profissionais entrevistados declararam que buscam compreendê-lo, demonstrando respeito à sua dor. Fica evidente a postura empática utilizada por estes profissionais e, ainda, a preocupação dos mesmos em ouvir e confortar o paciente com palavras otimistas e de encorajamento. Nesta categoria pode-se observar a preocupação dos entrevistados com os pacientes nas falas a seguir:

“Tem que saber, saber a dor do outro como se fosse doendo na gente, entendeu?, pra poder só assim a gente sabe como tratar, como lidar, porque se a gente não sentir primeiro em nós pra depois querer sentir o outro, não vai conseguir.” (Tulipa)

“Eu tento ao máximo entender, eh, aquela situação que a pessoa tá vivendo, seja até com uma reação agressiva nas palavras do paciente com a gente... Então, eu tento ser paciente, assim né?, tranqüila.” (Girassol)

“Eu faço mais assim, a palavra amiga, sempre com respostas positivas que vai ficar bem, que não se preocupe, e a parte religiosa também, que acredite em Deus, né?” (Angélica)

Os autores afirmam que os fisioterapeutas devem estar preparados para ouvir o desabafo, ansios e angústias do paciente, o que vai gerar alívio no paciente, seu conforto e melhora da qualidade de vida. As falas dos informantes estão condizentes com as afirmações de Braz e Fialho⁴, em 2001. A fala da informante “Angélica” direciona para os trabalhos de Pinto e Zago¹⁹, 2003, onde eles colocam que quando o profissional se comunica com o paciente através de palavras otimistas e de incentivo pode ofertar esperança ao paciente, o que é também uma forma de confortar e aliviar o sofrimento do paciente.

Para Marinho¹⁵, 2005, o fisioterapeuta deve vigiar o seu comportamento e atitude frente ao paciente, tendo em vista que uma palavra mal colocada, a falta de empatia, apoio e atenção podem ter como consequência o afastamento, desistência e boicote do tratamento. Os

depoimentos encontrados nesta pesquisa demonstram a capacidade empática destes profissionais, o que pode ser compactuado com o que declara o autor supracitado.

Mussi¹⁸, em 1999, afirma que, muitas vezes, o profissional de saúde lida com o ser humano sem conhecer o que de humano tem dentro de si e que o caminho para o humanismo está na compreensão de si mesmo. Silva *et al*²², 2000, afirma que quando o profissional se conhece e percebe que pode ser afetado pelo comportamento do outro, compreende as várias maneiras como o paciente pode reagir. Chiapara⁵, 2003, diz que será mais fácil para o profissional entender o paciente na medida em que se conheça melhor. O que é destacado pelos autores citados também é observado na narrativa da entrevistada “Tulipa”.

Quando interrogados sobre as dificuldades em trabalhar com pacientes com câncer, a maioria dos entrevistados afirmou não sentirem dificuldades. Analisando as razões mais citadas surgiu a categoria:

Dificuldades no início, mas com o tempo se acostuma

No início da atuação profissional em oncologia, carregadas de emoções, as dificuldades em lidar com os aspectos psicológicos são mais intensas, o que parece que com o tempo diminui. Isto pode ser uma defesa que estes profissionais estão utilizando, o que não deixa de chamar atenção, pois é sabido que as defesas psicológicas não se mantêm o tempo todo. Os informantes que relataram sentir dificuldades apenas no início atribuíram o fato à adaptação e ao tempo de trabalho, incluindo aí a rotina diária. Das falas dos informantes que relataram sentir dificuldades no início, destacam-se:

“Assim, no início tinha porque tinha algumas situações que a gente, assim, como é novidade a gente ficava muito assim na mente da gente... com o tempo a gente queira ou não acaba se acostumando.” (Margarida)

“...você já assimila algumas coisas... então já virou um pouco a rotina da gente.” (Angélica)

Dentre as dificuldades apontadas, temos a ansiedade e os questionamentos dos pacientes, o sentimento de incapacidade e limitação diante dos casos mais graves, o envolvimento afetivo com os pacientes e seus familiares, além da carência sócio-econômica dos pacientes. Estudos de Pinto e Zago¹⁹, 2003, Popim e Boemer²⁰, 2005, Braz e Fialho⁴, 2001, Ramalho e Nogueira-Martins²¹, 2007, concordam com os relatos dos informantes-chave desse estudo, onde os participantes também relataram sentir dificuldades na parte psicológica, em lidar com as necessidades e anseios dos pacientes, principalmente no início da atividade profissional.

Preparação profissional vem com a experiência

Quando interrogados quanto ao preparo, praticamente todos os informantes-chave afirmaram sentir-se preparados. A preparação para trabalhar com paciente com câncer veio com a prática e a experiência, chamando a atenção o fato deles não se prepararem para atuar nessa área nem possuem curso de especialização em oncologia. Os informantes falam:

“O exercício é fundamental, eu acho que você não se prepara antes pra lidar com essa situação, acho que é o tipo de situação que você se prepara no exercício da profissão.” (Lírio)

“A minha formação não é em oncologia, mas desde que eu formei eu trabalho com oncologia. Então, assim, foi um crescimento.” (Copo de leite)

“...não tive uma preparação certa, eu vim, comecei a trabalhar e fui, você vai, você vai, eh, a experiência vai te levando e te fazendo se preparar. Eu não fiz nada assim, nenhum tratamento psicológico assim não.” (Cravina)

O fisioterapeuta, em sua formação acadêmica, tem uma abordagem muito superficial sobre oncologia e, no início da atuação profissional com pacientes oncológicos, sente-se despreparado para lidar com as questões psicológicas. Associado a isso, a falta de um curso de especialização em oncologia, leva o profissional a crer que a preparação para lidar com os aspectos psicológicos virá com a experiência. De acordo com Pinto e Zago¹⁹, 2003, os profissionais com uma formação específica em oncologia mostram-se mais seguros quanto aos comportamentos dos pacientes, mas eles podem apresentar, algumas vezes, dificuldades semelhantes aos que não tem essa formação, devido à influência dos sentimentos, que podem oscilar com a experiência. Acrescenta-se, ainda, que o aprendizado do sofrimento é construído na experiência, e que esta possibilita um crescimento pessoal. Os dados dos autores citados são relevantes ao mesmo tempo em que ratificam os dados obtidos neste estudo, onde os informantes não possuíam nenhum tipo de especialização. Se aqueles que a possuem já tem dificuldades, ainda mais os que não a fizeram.

Em pesquisa realizada por Coop *et al*⁶, 2007, os profissionais de saúde relataram que aprenderam mais sobre o cuidado do paciente oncológico através da prática diária do que através da teoria em sala de aula. Nesta mesma pesquisa, as percepções sobre educação e formação adequada diferiram entre os grupos profissionais, sendo os fisioterapeutas o grupo que demonstraram sentirem-se menos confiantes e que menos consideraram sua formação inicial como suficiente no seu preparativo e habilidade de comunicação. Observou-se também na fala dos informantes os mesmos resultados apontados por Coop *et al*⁶, 2007, onde os profissionais de saúde declararam aprender mais na prática diária.

A falha na falta de preparo se dá na graduação, como destacam Braz e Fialho⁴, 2001, Feldman⁸, 2002, Pinto e Zago¹⁹, 2003, apontando que as dificuldades aparecem principalmente pelo fato do aluno não ser educado para lidar com a morte e frustrações, e também não é preparado para lidar com os problemas emocionais, mas basicamente para lidar com os problemas orgânicos, tendo uma formação muito mais técnica do que humanística. Esses aspectos passam a ser lembrados quando, no dia-a-dia, o profissional se depara com indivíduos que, além dos problemas físicos, e/ou por causa deles, traz consigo problemas sócio-econômicos e psicológicos, os quais interferem diretamente no tratamento¹⁹.

O corpo fala

São relevantes os dados obtidos nesta categoria, pois indica o quanto os informantes estão atentos às questões do corpo de seus pacientes, pois citaram a fisionomia e a linguagem corporal como importantes. Este achado no estudo demonstra o quanto os informantes estão em consonância em relação ao que Weil e Tompakow²⁶, 2004, colocam, que 80% da comunicação humana é corporal e gestual, e apenas 20% dela é verbal. Contudo, os informantes não desprezaram o lado verbal, o comportamento, os aspectos psicológicos do paciente, citando que podem ser reconhecidos e identificados:

“...fisionomicamente, pela conversa, pelo gestual, dá pra identificar claramente.” (Lírio)

“A gente observa se ele tá mais agressivo, ou se ele tá dormindo mais, se ele tá rejeitando nossa conduta, se ele tá falando mais ou se tá falando menos, se tem algum acompanhante que chega e ele fica mais retraído... assim, se ele tá mais sorridente, se tá mais deprimido.” (Iris)

“Tá tudo no olhar, né? A gente olha pra pessoa e sente quando ela tá triste, quando ela tá desesperada, quando tá com raiva...” (Tulipa)

“... o paciente, ele é transparente, ele demonstra isso pra você.” (Girassol)

As falas dos informantes a respeito da linguagem verbal e não-verbal são fundamentais, pois a literatura científica mostra que o sofrimento do paciente está presente em todas as fases do tratamento, embora nem sempre seja verbalizado, visto que muitos têm dificuldade para falar sobre seus sentimentos, no entanto, esse sofrimento é visível^{19,23}. O reconhecimento da comunicação não-verbal dos profissionais entrevistados torna-se um fator de destaque semelhante ao apontado por Silva *et al*²², 2000, onde as crenças, os valores e as culturas também devem ser considerados. De acordo com Popim e Boemer²⁰, 2005, além da fala, deve-se observar o tom de voz e linguagem corporal do paciente, pois os sentimentos podem ser reconhecidos, interpretados e distinguidos em cada contexto.

Os resultados encontrados são relevantes, pois ainda confirmam o que foi estudado por Mussi¹⁸, em 1999, onde este autor revela que quando o profissional nega a subjetividade do corpo do paciente, está utilizando mecanismos de defesa para não envolver-se e não sofrer a frustração de algumas vezes não poder aliviar o sofrimento desse corpo. Destaca-se, ainda, que para Silva *et al*²², 2000, a linguagem corporal é uma forma complexa de interação interpessoal, que expressa sentimentos, emoções, reações, transmite mensagens e proporciona evolução nas relações, sendo esta fundamental na relação profissional-paciente.

Trabalho em oncologia: Oportunidade

Quando questionados quanto ao motivo de trabalharem em oncologia, os informantes relataram que não procuraram trabalhar com oncologia, que não foi uma escolha prévia, porém, foi uma oportunidade de emprego que lhes surgiu em momento oportuno. Este fato não é novo, pois é sabido que no início da profissão os recém-formados acabam não escolhendo muito e aceitam o que o mercado oferece. A oportunidade de trabalho em oncologia aparece nas falas:

“Olhe, na verdade, quando a gente se forma, né?, e é convidado pra trabalhar a gente topa.” (Iris)

“Em oncologia não foi. Foi o trabalho que eu achei, aí eu fiquei... eu vim, fiz a entrevista, fiquei. Então eu não procurei “a” oncologia, eu procurei o trabalho (risos).” (Cravina)

“Na verdade eu não escolhi, sabe? Foi uma oportunidade que apareceu e eu agarrei.” (Tulipa)

Labate e Cassorla¹³, 1999, alegaram que os profissionais de saúde que trabalham com pacientes oncológicos, o fazem, muitas vezes, por uma escolha inconsciente, seja por experiência prévia na família ou com amigos, ou até mesmo por influência de professores, apesar dos profissionais desta pesquisa terem afirmado que não escolheram trabalhar em oncologia e que

esse acontecimento foi meramente um determinismo casual. E se o motivo que os levou a trabalhar era inconsciente, eles não tinham como revelar.

Embora não tenham tido a intenção de trabalhar em oncologia, todos os informantes afirmaram que, apesar das dificuldades, gostam do trabalho e da equipe, sentem-se úteis em ajudar os pacientes e por isso continuaram nesta área. Após a superação das dificuldades enfrentadas no início da atuação em oncologia, os profissionais encontram motivação para o trabalho por se identificarem com os pacientes e por poder colaborar para a melhoria da qualidade de vida. Só permanece em oncologia quem encontra união na equipe de saúde, o que é corroborado por Pinto e Zago¹⁹, 2003, e também aquele que realmente gosta, como afirmam os autores Popim e Boemer²⁰, 2005, e Ramalho e Nogueira-Martins²¹, 2007.

São tantas emoções...

Solicitados a contarem uma experiência marcante vivenciada com o paciente em oncologia, foram expostos pelos informantes fatos como: vínculo com pacientes e familiares, dúvida em confrontar a fantasia do paciente e contar a verdade sobre um prognóstico desfavorável, o acompanhamento do início ao fim da luta do paciente com a doença, morte de pacientes, ser colocado pelo paciente para representar o papel de um familiar, fé, dentre outros fatos. Durante a exposição das experiências, pôde ser observado que estas eram narradas com muita emoção, sendo que, em alguns casos, emocionaram a entrevistadora também. Dentre os casos citados pelos informantes, destacam-se dois dos mais emocionantes:

“... um rapaz de 17 anos mais ou menos, e ele se sentia muito só, começou a deprimir, achar que ia morrer, pedia pra eu ficar ali junto, como se eu fosse a mãezinha dele, né?, segurava na minha mão e pedia pra eu orar com ele, eu orava. Eh, tem situações que realmente é pega de surpresa, e esse paciente foi um paciente que me fez chorar. Nesse dia mesmo, sai de lá fui pra capela, chorei, chorei, chorei, chorei, e assim, depois procurei me trabalhar em relação a isso, que eu também não posso cair junto com ele né?, eu tenho que dar um suporte pra ele na verdade.” (Iris)

“... Quando o paciente vai à óbito e a família tá do lado, e quando eu tô no momento lá, eu fico arrasada, porque, assim, em hospital o pessoal diz que é frio por quê? Morreu, limpa, tchau, vai lá pro necrotério, a realidade, vai lá pro psicólogo ou médico, a gente não vê essa parte. Então, quando eu presencio isso, eu fico, eu saio daqui arrasada. Tem dias que eu chego em casa, choro por conta disso, porque aí que a gente vê, porque depois dali vai acontecer muita coisa praquela família né?, a repercussão daquilo.” (Copo de leite)

Pinto e Zago¹⁹, 2003, afirmam que quando se narra uma experiência, conta-se alguma coisa marcante, que tem um significado para quem conta, que somou conhecimento à vida do narrador e que o fez refletir sobre seus conhecimentos, valores e crenças, trazendo uma lição de vida. Este foi um dos fatores que deram origem a esta questão, o contar uma experiência marcante.

Para Braz e Fialho⁴, 2001, e ainda para Ramalho e Nogueira-Martins²¹, 2007, a experiência com pacientes oncológicos possibilita aos profissionais um auto-exame e auto-questionamento, desenvolvendo um crescimento pessoal. Este fato foi confirmado de acordo com as entrevistas realizadas.

Estes dois casos citados pelos informantes deixam claro a dificuldade destes profissionais em separar o lado do envolvimento pessoal do profissional, trazendo a questão de que lidar com os aspectos psicológicos em oncologia, dentre eles a questão da morte, deixa marca de muita

frustração e, principalmente, de impotência nos fisioterapeutas. Esta questão também é apontada em outros estudos, como os de Pinto e Zago¹⁹, em 2003, Popim e Boemer²⁰, em 2005, e Ramalho e Nogueira-Martins²¹, em 2007, quando estes autores afirmam que não há como separar o lado profissional do emocional, pois é algo inerente ao comportamento humano e isso promove um sofrimento pessoal, o qual tem influência direta do estado emocional do profissional e do tipo de paciente.

Alguns autores alegam que o atendimento exige que o sofrimento do profissional não seja demonstrado, a fim de não prejudicar na assistência ao paciente^{19,22}, mas em determinadas situações, como nos casos citados pelos informantes “Íris” e “Copo de leite”, o envolvimento é tão intenso que o profissional não consegue conter-se e tem a necessidade de chorar, fazendo-o escondido¹⁹. Contudo, também é enfatizado por vários autores, que os aspectos psicológicos dos pacientes requerem atenção dos profissionais, o que leva Silva *et al*²⁴, em 2000, a afirmarem que os sentimentos do paciente e do profissional não estão sendo valorizados adequadamente durante a interação.

CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas que participaram desse estudo lidam com os aspectos psicológicos do paciente com câncer adotando uma postura empática, buscando, assim, humanizar a relação. No entanto, em alguns momentos, esta é uma situação que lhes trazem sofrimento, pois devido o vínculo com o paciente fica difícil separar o envolvimento pessoal do profissional. Constatou-se também, que essa dificuldade é mais intensa no início das atividades profissionais, porém, com o tempo acabam se acostumando. Pode-se, então, levantar um questionamento em relação a isto, embora este estudo não dê conta de respondê-lo: o tempo serve para os profissionais se acostumarem ou esse “acostumar” é um mecanismo de defesa que os deixam frios e distantes? Esta pergunta deve ser respondida com estudos posteriores.

Embora a maioria dos participantes tenha relatado sentir-se preparados devido à experiência, ficou evidente no decorrer desse estudo que lidar com os aspectos psicológicos do paciente, muitas vezes, deixa marcas de frustração e impotência. A formação acadêmica precisa ser repensada, a fim de que o profissional possa aprender a lidar com as emoções que o exercício da profissão desperta.

Os profissionais de saúde, por estarem em constante interação com outras pessoas, podem adquirir a habilidade em realizar uma leitura consciente das diferentes manifestações não verbais no comportamento do paciente, facilitando o reconhecimento de um sentimento ou emoção. Para tanto, não devem permitir que a rotina diária iniba suas percepções. Os fisioterapeutas desse estudo demonstraram preparo e atenção para a linguagem não-verbal, e conseqüentemente, para a percepção desses aspectos. Estes resultados deixam claro que os fisioterapeutas pesquisados estão atentos e reconhecem a importância da comunicação não-verbal. Também pôde ser observado que, apesar de não ter sido uma escolha prévia, o trabalho em oncologia tem proporcionado reflexões de crescimento pessoal para os entrevistados, onde os mesmos sentem-se úteis e satisfeitos.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram maior atenção não apenas para o paciente, mas também ao profissional de fisioterapia que pode vir a vivenciar situações decorrentes das repercussões psicológicas dos pacientes. Além do que, tratou-se de uma temática pouco explorada no meio acadêmico, vindo, portanto, ajudar a suprir esse déficit existente. Ressalta-se aqui a importância de novas pesquisas sobre o assunto, assim como de uma assistência psicológica a esses profissionais, pois também apresentam um sofrimento pessoal que precisa ser cuidado. Diante disso, faz-se necessário a presença de psicólogos para oferecer suporte

psicológico a esses profissionais, bem como uma equipe interdisciplinar com grupos de discussão nas instituições hospitalares. Sugere-se que a preparação dos profissionais de saúde deva iniciar-se na graduação, sobretudo para aqueles que irão trabalhar na área oncológica.

Sem pretender concluir esse trabalho, pois trata-se de um tema muito amplo, pode-se, portanto, retomar o tema inicial: lidar com os aspectos psicológicos que perpassam o dia-a-dia do fisioterapeuta em oncologia, remete sim, a muitas emoções...

REFERÊNCIAS

1. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Bennett JC et al. Cecil Medicina Interna Básica. 5ed. RJ: Guanabara Koogan. P.456-8.
2. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70. Lisboa, Portugal: 1977.
3. Brasileiro Filho G. Bogliolo Patologia. 7ed. RJ: Guanabara Koogan, 2006; p.189.
4. Braz MM, Fialho FAP. Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia [dissertação] – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001. 112p.
5. Chiapara TR. Afetividade nas técnicas de reabilitação física em mulheres mastectomizadas [tese] - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande/MS. 2003. 89p.
6. Coop G, Caldwell K, Atwal A, Brett-Richards M, Coleman K. Preparation for cancer care: perceptions of newly qualified health care professionals. European Journal of Oncology Nursing. 2007 April; 11(2): 159-67.
7. Delisa JA et al. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas. 3ªed (2).SP: Manole; p1361-3.
8. Feldman C. Atendendo o paciente: perguntas e respostas para o profissional de saúde.2ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.p.40-3;168-76.
9. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Revista Latino-am de Enfermagem 2003, maio-junho; 11(3): 299-304.
10. Gauderer C. Reações do profissional diante da doença crônica ou fatal. In: Gauderer C. Os direitos do paciente: cidadania na saúde. 7ed. RJ: Record, 1998. p.232-43.
11. Kowalski LP et al. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 3ed. SP: Âmbito Editores, 2006.
12. Kottke FJ, Lehmann JF. Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen. 4ed(1). SP: Manole, 1994. p.158-9.
13. Labate RC, Cassorla RMS. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. Revista Brasileira de Psiquiatria 1999; 21(2): 101-05.

14. Maluf MFM, Jo Mari L, Barros ACSD. O impacto psicológico do câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(2); 149-54.
15. Marinho PEM. Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente. Revista Fisioterapia em Movimento. Curitiba, abr/jun, 2005; vol 18, nº 02, p.73-9.
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Situação do câncer no Brasil. Perfil da mortalidade. Disponível em <http://www.inca.gov.br>, em 05/03/08.
17. Montenegro MR, Franco M. Patologia Processos Gerais. 4ed. SP: Atheneu, 2006. p.241-54.
18. Mussi FC. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. Rev Esc Enf USP, v.33, n.2, p.113-122, jun 1999.
19. Pinto MH, Zago MMF. O significado do sofrimento do paciente oncológico: narrativas dos profissionais de saúde [tese] - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2003. 179p.
20. Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Scutz. Revista Latino-am Enfermagem 2005, set-out; 13(5):677-85.
21. Ramalho MAN, Nogueira-Martins MCF. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. Psicologia em estudo. V.12, n.1, p.123-132, jan-abr 2007, Maringá/PR.
22. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonith BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino-am Enfermagem, v.8, n.4, p.52-58, agosto 2000.
23. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ed. SP: Edições Loyola, 2003. p.13-9.
24. Tavares JSC, Trad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, mar-abr, 2005; 21(2): 426-435.
25. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(1): 55-63.
26. Weil P, Tompakow R. O corpo fala – a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 57ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.