

Rachel de Aquino Câmara

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Atenção Hospitalar à Saúde na área de Onco-hematologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e mestranda do Departamento de Ciências Médicas da UFC.

Marco Antonio Pulice Amato

Psicólogo com especialização em Psicodrama, diretor em Psicodrama pelo Instituto Jacob Levy Moreno, em São Paulo, e diretor do Instituto de Psicodrama e Máscaras, Fortaleza, CE.

A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama

The experience of patients with hematological cancer from psychodrama perspective

RESUMO

O presente trabalho objetiva compreender a vivência de pacientes com câncer hematológico que se encontram hospitalizados na enfermaria de um serviço de Hematologia. Para isso, buscou-se articular a teoria Moreniana com as observações feitas durante a residência em Psicologia na área de Concentração Onco-hematologia. Percebe-se, no contexto hospitalar, a função do psicodramatista em promover a fluidez do corpo energético do indivíduo, bem como ampliar seu desempenho de papéis.

PALAVRAS-CHAVE

Oncologia. Hematologia. Psicodrama. Psico-oncologia. Grupo.

ABSTRACT

This paper aims to understand the experience of patients with hematological cancer who are hospitalized in the Hematology ward. For this, we sought to articulate Morenian theory with the observations made in the period of residence in Psychology in the Oncology Hematology area. In the hospital context, the psychodramatist serves to promote the fluidity the individual's energetic body, as well as to expand their role-taking.

KEYWORDS

Oncology. Hematology. Psychodrama. Psycho-oncology. Group.

INTRODUÇÃO

O termo “câncer” abrange mais de cem doenças que podem acometer qualquer parte do corpo humano e é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem em decorrência da doença por ano (BRASIL, 2006). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, verifica-se na região Nordeste as seguintes estimativas no que diz respeito às neoplasias hematológicas: o linfoma não Hodgkin ocupa a décima posição em homens (3/100 mil) e é o 12º mais frequente em mulheres (2/100 mil); já a leucemia ocupa a oitava posição em homens (4/100 mil) e é a décima mais frequente em mulheres (3/100 mil) (BRASIL, 2011).

Durante a hospitalização, o paciente com câncer hematológico deixa de exercer alguns papéis desempenhados em seu cotidiano, pode vivenciar sentimentos de medo quanto à possibilidade de morte ou de limitação física, angustiar-se diante dos sintomas e da ausência de algum familiar que o acompanhe, bem como, perante a interrupção de projetos, vivenciar situações nas quais ele deixa de ter significado próprio e passa a ser identificado pelo número de um leito, pelos exames ou pela patologia que apresenta.

Dessa forma, a atuação do psicodramatista no hospital torna-se relevante ao incentivar e possibilitar que o paciente desempenhe diferentes papéis, a fim de promover a ressignificação de antigas situações de sofrimento e a adoção de respostas adequadas diante das circunstâncias emergentes. Visando alcançar essa meta, o método psicodramático busca estimular os clientes a presentificar situações vividas de maneira incompleta, conflitos íntimos, fantasias, lembranças do passado ou expectativas e planos futuros, favorecendo uma atuação espontânea no mundo (KELLERMANN, 1998).

A experiência no atendimento a pacientes oncológicos no serviço de Hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), instituição vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC), suscitou a inquietação de como utilizar a teoria de Jacob Levy Moreno, fundador do Psicodrama, no contexto hospitalar. Essa inquietação, associada à escassez de estudos publicados que abordam o uso do Psicodrama em hospitais, incentivou o desenvolvimento do presente estudo, cujo objetivo é compreender, sob a ótica do Psicodrama, a vivência de pacientes com câncer hematológico que se encontram hospitalizados na instituição supracitada. Para isso, buscou-se articular a teoria Moreniana com as observações feitas durante os dois anos de residência em Psicologia na área de Onco-hematologia no intuito de facilitar a prática terapêutica.

SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

As patologias mais frequentes atendidas na enfermaria do serviço de Hematologia do HUWC são: leucemias agudas e crônicas, linfomas e mieloma múltiplo, enfermidades compreendidas na denominação de câncer hematológico. Geralmente, essas doenças não estão restritas a uma única região do corpo e podem acometer o sangue, a medula óssea e os gânglios linfáticos, além do baço e do fígado. A quimioterapia, a radioterapia e o transplante de medula óssea (TMO) são as medidas terapêuticas mais presentes (MELLO et al., 2007).

O serviço de Hematologia do HUWC é constituído por ambulatórios localizados no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) e por 15 leitos na enfermaria, dos quais oito se encontram no isolamento – um espaço cujas medidas de controle de infecção são mais intensas, havendo maiores restrições no horário das visitas. No momento, o serviço vem se ampliando e encontra-se em reforma para receber também os pacientes que precisam realizar o TMO alogênico.

Os residentes da onco-hematologia, vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde do HUWC, advêm das seguintes áreas de formação: Enfermagem, Farmácia e Psicologia. Esse programa funciona como um curso de especialização *lato sensu*, incluindo disciplinas teóricas e práticas. O residente de Psicologia atua no ambulatório de Hematologia e Oncologia, bem como na enfermaria, apenas na unidade de Hematologia, uma vez que a instituição não conta com enfermaria específica para pacientes com tumores sólidos.

PSICODRAMA NO CONTEXTO HOSPITALAR

O Psicodrama, segundo Jacob Levy Moreno (2007), pode ser definido como a ciência que explora a “verdade” por métodos dramáticos, proporcionando ao paciente um espaço vivencial, no qual ele pode retratar seu próprio mundo privado e desempenhar seu papel, bem como os papéis de pessoas de seu convívio social e familiar, a fim de estimular o alívio de tensões e permitir a flexibilidade da ação. Moreno desenvolveu sua teoria enfatizando as contribuições das ações grupais. Contudo, o psicodrama individual vem sendo desenvolvido, ressaltando, no Brasil, a psicoterapia da relação de Fonseca e as colaborações que Bustos traz sobre psicodrama bipessoal.

No atendimento a pacientes internados na enfermaria do serviço de Hematologia do HUWC, as sessões basearam-se na psicoterapia psicodramática bipessoal. O uso dessa modalidade de psicoterapia deve-se às especificidades do ambiente hospitalar e do cuidado prestado na assistência a pacientes oncológicos, no qual o indivíduo permanece a maior parte dos dias deitado no leito, ligado às bombas infusoras de medicação, sentindo os efeitos colaterais do tratamento e tendo que se submeter a normas e regras institucionais.

O processo de adaptação a essa nova rotina – caracterizada por cuidados intensos, de proteção contra vírus, bactérias e fungos – pode estabelecer em alguns pacientes um movimento persecutório e obsessivo (PALLOTTINO, 2011). Comportamentos como uso de máscara, lavagem das mãos, restrição nos hábitos alimentares e na vida social podem se estender além do período recomendado pelos profissionais, uma vez que o medo diante da possibilidade de recidiva da doença, bem como de apresentar

complicações clínicas decorrentes de uma infecção, pode persistir e se cristalizar no imaginário do paciente.

Dessa forma, em certos casos, é necessário haver intervenção profissional no intuito de oferecer um espaço de escuta no qual o paciente possa expressar seus sentimentos, e sua espontaneidade possa ser desenvolvida. Segundo Moreno (2007), a espontaneidade é a resposta adequada a uma situação nova ou a nova resposta a uma situação antiga. Portanto, por meio do treino da espontaneidade, o psicodramatista auxilia o sujeito a libertar-se do comportamento automático, rígido e estereotipado procedente das conservas culturais.

Os estigmas sociais associados ao termo “câncer” são formas de conservas culturais, que internalizadas pelo sujeito, podem causar sofrimento. Pelaez Doro et al. (2004) assevera que o diagnóstico de câncer tem a expressão significativa de um suposto atestado de óbito, o que contribui para que ocorra o processo de luto antecipatório da própria vida e de tudo que terá que deixar para trás, ou seja, amigos, família, trabalho e bens adquiridos.

Todos esses sintomas, essas sensações e essas circunstâncias podem contribuir para que o indivíduo mantenha um modo de funcionamento fixo, no qual o papel de doente desponta e sobrepõe os demais, ocorrendo, assim, a redução no repertório de papéis do sujeito. “De acordo com a teoria Moreniana, quanto maior for o número de papéis desempenhados pelo indivíduo, mais saudável este se apresenta” (SANTOS, 2008, p. 9). Para Moreno (2007), os papéis são os embriões, os precursores do eu, e esforçam-se por se agrupar e unificar. Ele distingue os papéis psicossomáticos, caracterizados por atenderem a necessidades fisiológicas da criança; os papéis psicológicos ou psicodramáticos, cujo desempenho é perpassado por fantasias, sonhos e expectativas, e os papéis sociais, que correspondem a generalizações convencionais determinadas pela cultura, como os de pai, médico, policial etc.

O átomo social permite investigar o número de indivíduos com quem o paciente se relaciona e o nível de afetividade de seus vínculos. Ao ser utilizado associado à técnica da inversão de papéis, na qual o sujeito se coloca no lugar do outro, é possível verificar a qualidade de suas relações, bem como proporcionar ao sujeito que ele se perceba em seus diferentes papéis. Ao solicitar, por exemplo, que ele desempenhe o papel de sua mãe e, em seguida, no lugar dela, fale sobre ele, tanto os conflitos existentes nessa relação, como o desempenho de papéis podem ser trabalhados, uma vez que ele vai poder se visualizar no papel de filho, e não somente de doente.

A forma como o indivíduo vivencia seu adoecimento depende do patrimônio afetivo que ele construiu durante os *clusters* um, dois e três, conceito desenvolvido por Bustos (1990). Os *clusters* ou agrupamento de papéis consistem em dinâmicas estabelecidas nas relações do sujeito com aquele que ocupa o lugar da mãe, do pai ou do irmão, e que proporcionarão o aprendizado da dependência, da autonomia e da fraternidade/rivalidade, respectivamente (BUSTOS, 1990). Essas dinâmicas constituirão a base psicológica para todos os desempenhos de papéis, incluindo o papel de doente.

Segundo Moreno (2007), existe uma transferência de espontaneidade dos papéis não representados para os que serão representados, influência denominada de efeito *cluster*. Amato (2002) afirma que essa troca de experiências entre os papéis é relevante ao analisarmos certo comportamento, o caminho que este percorre nos diversos papéis ou em diversas situações. De acordo com o autor, na vida adulta, quando nos confrontamos com a morte, com as perdas e com a doença, o padrão de comportamento

adquirido durante o *cluster* um pode ser atuado no papel de doente nos momentos em que se exigir o desempenho de uma função de dependência e cuidado. O mesmo acontece no *cluster* dois, quando se apresenta a autonomia e a autoridade. E, por fim, no *cluster* três, no qual se aprende a competir e a repartir.

Um dos temas trazidos nas falas do paciente é a dependência de pessoas da família para acompanhá-lo nas consultas, para se alimentar, tomar banho, ajudar na administração de medicamentos, bem como a dependência financeira. A doença provoca uma redistribuição de papéis dentro da família. Dessa forma, “faz-se necessário que outros atores assumam papéis, antes ocupados pelo sujeito que adocece” (MARTINS; ALMEIDA; MODENA, 2011, p. 86). Alguns pacientes aceitam a dependência mais facilmente e às vezes se cristalizam nesse papel, uma vez que ele lhe traga benefícios, como receber mais atenção das pessoas e sentir o conforto da não responsabilização. Outros já apresentam dificuldade em solicitar ajuda, seja por não querer modificar a rotina dos membros da família, seja por exercerem um papel bastante ativo em seu contexto familiar antes do adoecimento, o que implica uma reorganização de seus papéis, que pode repercutir em baixa autoestima e depressão.

Conforme assevera Bustos (1990), saber receber, aceitar ser cuidado, conviver saudavelmente com os momentos de vulnerabilidade dependem das experiências vividas no *cluster* um. Em contrapartida, “se a ternura não é acompanhada por uma aprendizagem dos limites, das regras e da autonomia, pode converter-se em uma prisão que gera relações de máxima dependência” (BUSTOS, 1990, p. 118), sendo necessária, por conseguinte, a passagem paulatina do *cluster* um para o *cluster* dois.

Outro ponto presente no discurso dos pacientes refere-se à imagem corporal, uma vez que a doença em si e o tratamento acarretam mudanças no corpo físico, causando alopecia, perda de peso, esplenomegalia etc. Segundo Fonseca (2000), existe um limite físico e um limite psicológico do corpo. O autor afirma que o corpo energético seria resultado da interação do corpo físico (real) e do corpo psicológico (simbólico), e o estado de saúde ideal significa o corpo energético “silencioso” e fluente em espontaneidade. No que tange aos pacientes internados, constata-se a existência de um corpo físico doente; no entanto, se ele tiver uma boa fluência espontânea em relação ao corpo psicológico, terá um corpo energético relativamente equilibrado. Portanto “a mesma doença pode apresentar evoluções variadas de acordo com a interação entre os corpos físico e psicológico” (FONSECA, 2000, p. 105-106).

Percebe-se, na fala de alguns pacientes, a exacerbação do corpo físico, que pode se refletir no sentimento de vergonha diante das mudanças corporais e na ansiedade gerada pelo surgimento de algum sintoma ou ainda pela antecipação deste em suas fantasias. O indivíduo pode evitar o convívio com pessoas de seu ciclo social ou familiar, seja pelo sentimento de vergonha, seja por querer manter sua doença em sigilo, pois, muitas vezes, o olhar do outro revela suas próprias angústias e temores, causando sofrimento. Ademais, o aparecimento ou o medo perante a possibilidade de surgimento de sintomas pode acarretar sofrimento psíquico, pois denota que há algo errado no corpo físico do paciente, e alguns os associam a um agravamento do quadro clínico e/ou a um maior tempo de internação. Por outro lado, há aqueles cujo discurso perpassa espontaneamente os corpos físico e psicológico, havendo a transição por temas relativos à doença, ao trabalho, aos amigos e à família.

Durante o tratamento, observa-se, portanto, que o hospital se torna o principal cenário da vida social do sujeito, ocasionando, em determinados casos, a fragilização de seus vínculos afetivos e de sua identidade. A figura do psicodramatista surge, então, no

intuito de incentivar a espontaneidade do sujeito, bem como a fluidez de seu corpo energético, e, conseqüentemente, favorecer a transição por diferentes papéis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto hospitalar representa, amiúde, no imaginário popular um lugar de dor, doença e morte, apesar de ter um papel social de promoção, reabilitação e recuperação da saúde. Essas conservas, associadas às repercussões psicossociais singulares desse cenário, podem tornar o hospital um espaço que gera ansiedade, medo, solidão e sensação de vulnerabilidade, o qual a maioria das pessoas procura evitar. No que concerne a pacientes onco-hematológicos, a dificuldade aumenta em decorrência de o tratamento ser relativamente longo e de o câncer ser uma doença culturalmente fatal.

No hospital, percebe-se, comumente, que o papel psicossomático fica em evidência, pois são as necessidades fisiológicas que preponderam no discurso dos profissionais e, em alguns casos, do paciente. Os constantes procedimentos invasivos, os efeitos adversos do tratamento e a busca em curar o corpo físico podem contribuir para que o sujeito desempenhe seus papéis psicodramáticos perpassados por fantasias e expectativas que remetem a esse corpo, como a fantasia de ser abandonado em decorrência das mudanças em sua imagem corporal. A atuação do psicodramatista é importante na medida em que favorece o desempenho não apenas dos papéis psicossomáticos, mas também dos psicodramáticos e sociais.

O presente estudo mostra que a investigação das dinâmicas estabelecidas nos agrupamentos de papéis nos ajuda a compreender a vivência de pacientes com câncer hematológico, pois permite que se observem quais os papéis que precisam de reparação e como o sujeito desenvolveu seu papel de doente. Além disso, percebe-se, geralmente, que nas famílias em que é autorizado ao sujeito expressar seus sentimentos, seu discurso perpassa espontaneamente o corpo físico e o psicológico, resultando em um corpo energético fluido. Já naquelas em que não é permitida a manifestação do sofrimento pela fala, observa-se, com frequência, a hegemonia do binômio saúde-doença em seu discurso.

REFERÊNCIAS

AMATO, M. A. **A poética do psicodrama: o grupo autodirigido e a dinâmica da cena.** São Paulo: Editora Aleph, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BUSTOS, D. M. **Perigo...Amor à vista!** Drama e Psicodrama de casais. São Paulo: Editora Aleph, 1990.

- FONSECA, J. **Psicoterapia da relação**: elementos de psicodrama contemporâneo. São Paulo: Agora, 2000.
- KELLERMAN, P. F. **Psicodrama em foco**: e seus aspectos terapêuticos. São Paulo: Ágora, 1998.
- MARTINS, A. M.; ALMEIDA, S. S.; MODENA, C. M. **O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas**. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 nov. 2013.
- MELLO, C. N. et al. **Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica**: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 5, n. 1, 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.
- MORENO, J. L. **Psicodrama**. 11º ed. São Paulo: Cultrix, 2007.
- PALLOTTINO, E. R. **Discursos do silêncio**: Crianças doentes falam sobre a dor, a morte e a vida. 2011. 135 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2011.
- PELAEZ DORO, M. et al. **O câncer e sua representação simbólica**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 2, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- SANTOS, J. A. **Psicodrama**: uma intervenção na elaboração do luto. 2008. 44f. Monografia apresentada à Sociedade Goiânia de Psicodrama como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Psicodrama Terapêutico – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

Rachel de Aquino Câmara

Rua Pedro Firmeza, 668

Fortaleza, CE

CEP 60822-492

Tel.: (85) 3279-4807/8838-7748/9736-8250

rachel_aquino@hotmail.com

Marco Antonio Pulice Amato

Rua Miguel Dibe, 178

60811-130

Tel.: (85) 8885-2011

amatopsicodrama@gmail.com

Recebido em 28/03/2014

Aceito em 11/07/2014