

O desafio do atendimento psicológico a pacientes oncológicos no SUS: Um relato de experiência.

Andrews Costa Florêncio; Nilton Lins; andrewsacfl617@gmail.com.br;
Danna Valeria Lopez Quiroz; FAMETRO;
Suzan Carol de Oliveira Biscaro; FCECON;
Joyci Pereira Lima; FAMETRO.

1.Introdução

O diagnóstico de câncer pode ser uma das experiências mais difíceis que alguém pode ter, transcendendo a esfera biológica para se tornar uma crise psicossocial complexa. A Organização Mundial da Saúde [1] e a Política Nacional para a Proteção e Controle do Câncer [2] reafirmam a necessidade de um cuidado integral e multidisciplinar. Nesse modelo integral, o apoio psicológico é parte essencial para a qualidade de vida do indivíduo, buscando garantir um suporte contínuo e profundo, capaz de auxiliar o indivíduo a navegar pelo turbilhão emocional desencadeado pela doença.

No entanto, a dura realidade do tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um afastamento dessa afirmação. Altas demandas, escassez de profissionais e localizações geograficamente desfavoráveis resultam em um atendimento focado no essencial e interrompido precocemente, evidenciando assim os limites do sistema. Essa brevidade, inerente à realidade do SUS destoa da expectativa de um processo terapêutico longo, e que aponta para a necessidade de estratégias que ampliem o acesso sem sacrificar a qualidade do cuidado. Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), com sua ênfase em manejo de sintomas, psicoeducação e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento [3], surge como alternativa teórica e ferramenta prática para esse contexto limitado.

Este relato de experiência ilustra como a restrição do tempo reduz o atendimento psicológico a um exercício de gerenciamento de crise aguda, impedindo o desenvolvimento de um vínculo terapêutico adequado e um elemento catalisador da mudança, conforme destacado por autores como Bordin [4], quanto aplicação aprofundada de técnicas de reestruturação cognitiva, fundamento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Surge, então, uma realidade paradoxal: a eficácia das intervenções psicológicas é inevitavelmente afetada pelo tempo, mas não se torna inexistente.

Nesse contexto, o cenário oncológico, único em sua ênfase na eficácia, exige uma redefinição da definição de "eficácia" no âmbito dos modelos de intervenção breve. Evidencia-se que apesar das restrições, os princípios da TCC ainda são aplicáveis e devem ser adaptados para auxiliar o indivíduo. A questão é a discrepância entre o potencial teórico da TCC, documentado em cenários ideais de pesquisa, e sua aplicação prática no contexto do tratamento do câncer no SUS, cuja implementação enfrenta obstáculos estruturais significativos. Diante desses desafios, este relato busca demonstrar como fatores como a gestão do tempo e a descontinuidade do cuidado, [5] afetam a eficácia dos tratamentos psicológicos, e como essas questões podem ser superadas por meio de abordagens criativas e práticas, alinhadas com a premissa beckiana de que a terapia deve ser um colaborativo e empiricamente orientada.

A metodologia para explorar esta problemática combina a revisão bibliográfica de autores de referência como Beck [6], Maslow [7] e Van Bogaert [8] com o relato de experiência vivenciado no contexto ambulatorial do SUS. Esta forma de metodologia mista permite contrastar as divergências entre as fundamentações teóricas e a prática real no ambulatório. Para ilustrar essa problemática, o seguinte relato descreve a experiência

vivida no ambulatório da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON).

2. Relato de Experiência

A prática psicológica no contexto da oncologia do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no ambiente da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), Manaus - Amazonas, é profundamente moldada pela chamada "tirania do relógio". Este modelo, derivado de um paradigma biomédico que prioriza a produtividade, esbarra frontalmente com a premissa de uma atenção integral centrada na pessoa, como preconizado por Rogers [9]. No ambulatório, a realidade se traduz em consultas de 30 a 40 minutos, com intervalos mensais ou até maiores entre os retornos.

Da perspectiva da terapia cognitivo-comportamental (TCC), o cuidado de pacientes oncológicos apresenta um desafio significativo. A TCC pressupõe uma intervenção estruturada e contínua, focada no ensino de habilidades de enfrentamento e na reestruturação cognitiva [10]. A descontinuidade e as restrições de tempo interrompem esse processo fundamental. Assim a psicoeducação se torna um passo fundamental para normalizar respostas físicas e emocionais, a exploração de conceitos complexos como a tríade cognitiva e as conexões entre pensamento, emoção e comportamento torna-se um desafio para profissionais com agendas lotadas.

Essa fragmentação é agravada pela descontinuidade do profissional, seja por rotatividade ou remanejamentos para outros serviços. Como afirma Beck [11], "o relacionamento terapêutico é um veículo para a mudança, mas uma aliança colaborativa também é essencial para o trabalho técnico". A construção dessa aliança, base da TCC, é interrompida, gerando uma vulnerabilidade do vínculo terapêutico. Pacientes que começam a estabelecer um laço de confiança são realocados para outro profissional, reiniciando um ciclo de construção de vínculo e processo terapêutico.

Nesse cenário, técnicas essenciais da TCC, como a reestruturação cognitiva para modificar pensamentos automáticos negativos (PANs) como "Sou um fardo" ou "Meu tratamento não vai dar certo", tornam-se limitados de aplicar com fidelidade. O trabalho contínuo e as tarefas de casa, pilares para a consolidação de novas estratégias, são prejudicadas com retornos agendados para 30 ou 45 dias depois. Esse prejuízo, para além dos desafios próprios do processo terapêutico ocorre principalmente por três motivos inter-relacionados: tempo insuficiente de atendimento, intervalos longos entre as sessões e o contexto socioeconômico.

É importante ressaltar que o cuidado oncológico ideal enfrenta um conflito prático: a necessidade de focar nas queixas diretamente relacionadas à doença versus a obrigação ética de acolher a complexidade da experiência do sujeito. Frequentemente, os indivíduos iniciam as consultas levantando questões sociais urgentes como insegurança alimentar, falta de transporte para o tratamento ou violência doméstica que são barreiras tangíveis à sua cura e bem-estar. Neste ponto, a teoria de Maslow [12] oferece uma reflexão crucial: como esperar que um paciente trabalhe pensamentos disfuncionais sobre o futuro (autorrealização) se suas necessidades fisiológicas básicas (como comida) e de segurança (como proteção contra violência) não estão atendidas? Ignorar tais contextos em nome de um rigor restrito no assunto "câncer" resulta em uma visão fragmentada do paciente, prejudicando a adesão ao tratamento e a eficácia geral do cuidado. Por outro lado, abordar essas necessidades compete com o tempo limitado para intervenções psicológicas breves e focais.

Em última análise, fica claro que a luta pela saúde mental dos pacientes oncológicos do SUS não pode se limitar ao consultório e deve ser conduzida por meio de políticas públicas e redes de apoio multidisciplinares. Sem elas, mesmo as abordagens

mais pragmáticas podem estar fadadas a abordar apenas a superfície do sofrimento psíquico mais profundo de uma pessoa.

3. Discussão

Adaptação a TCC neste cenário não significa abandonar os seus princípios, mas uma necessária evolução para conseguir trabalhar diante dos limites. Significa reconhecer que acolher a queixa social urgente é o primeiro passo da intervenção psicológica. Integrar essas demandas ao plano de cuidado, articulando-se com a assistência social e outros membros da equipe multidisciplinar (quando existente), torna-se uma técnica tão importante quanto qualquer outra da TCC. Esta prática ressignifica o conceito de cuidado integral, transformando-se em uma ação concreta, ainda que limitada, de enxergar o paciente em sua totalidade biopsicossocial e espiritual.

Os aspectos importantes da discussão dizem respeito ao conflito entre o modelo universal de saúde preconizado pelas diretrizes internacionais e nacionais, e a realidade fragmentada de sua implementação no SUS (Sistema Único de Saúde). Na prática, ele apresenta uma série de obstáculos interligados: a abordagem integral é sobrepujada pelo paradigma biomédico, a falta de tempo para consultas levando a necessidade de acolhimento, os profissionais com altas rotatividades que impem vínculos consistentes e os intervalos entre as sessões são muito longos que acaba interrompendo a continuidade do cuidado. Essa conjunção de fatores constitui uma barreira sistêmica à eficácia de abordagens terapêuticas estruturadas, como a TCC, para as quais um vínculo sólido e contínuo entre o terapeuta e o paciente é crucial para o sucesso. Como afirma Beck [13], o relacionamento terapêutico atua como catalisador da mudança, sendo a aliança colaborativa seu componente essencial. O efeito cumulativo dessas barreiras — rotatividade e intervalos prolongados — corrói sistematicamente essa aliança, convertendo o potencial para um progresso terapêutico significativo em uma sucessão de intervenções pontuais, focadas quase que exclusivamente na contenção de crises.

Nesse contexto, é imperativo redefinir o conceito de "eficácia" para a intervenção psicológica em oncologia no SUS. Se a eficácia for medida pela aplicação completa e linear dos protocolos clássicos de TCC, com reestruturação cognitiva profunda e tarefas de casa consolidadas, o trabalho no contexto relatado seria considerado ineficaz. No entanto, uma análise mais sensível ao contexto revela que a eficácia deve ser medida pela capacidade de oferecer um cuidado validado e significativo dentro dos contextos impostos. A psicoeducação, por mais pontual que seja, empodera o paciente ao normalizar suas reações emocionais. O acolhimento valida sua angústia, ainda que breve, sendo em si uma intervenção potente. Como observado, mesmo uma única sessão pode ser um farol de suporte em um mar de incertezas, afastando-se da ideia de ineficácia.

Diante desta discussão é a incontornável interseção entre o contexto socioeconômico do paciente e sua saúde mental. A hierarquia de necessidades de Maslow [14] fornece uma lente teórica crucial para compreender por que intervenções cognitivas tradicionais podem falhar quando necessidades básicas não estão atendidas. O relato é claro: não é possível trabalhar pensamentos disfuncionais sobre a autoimagem ou o futuro (níveis de autoestima e autorrealização) quando o paciente está enfrentando insegurança alimentar, falta de transporte ou violência doméstica (níveis fisiológico e de segurança). Ignorar essas queixas em nome de uma preocupação focada na "doença" é se envolver em um desafio social e clinicamente prejudicial, pois essas mesmas barreiras são os principais impulsionadores para adesão ao tratamento.

Refletir sobre soluções reside em reconhecer que validar e integrar essas queixas contextuais não é um desvio do tratamento, mas uma parte fundamental dele. As literaturas que serviram como base a este texto sustentam que o sucesso do manejo

oncológico está intrinsecamente ligado à abordagem biopsicossocial. Com esse acolher os contextos sociais do paciente é um passo indispensável para um cuidado verdadeiramente integral e eficaz. Esta adaptação prática é, portanto, a manifestação possível do "cuidado integral e multidisciplinar" defendido pelas políticas de saúde, ainda que realizado dentro das rígidas limitações impostas pela "tirania do relógio".

Por fim, discute-se a dualidade das frentes de atuação. A criatividade e a resiliência do profissional clínico são fundamentais para navegar essas limitações e extrair o máximo de eficácia possível de cada encontro. Contudo, é ingênuo e injusto depositar apenas no esforço individual a solução para um problema macroestrutural. A literatura corrobora que a efetividade do cuidado está intrinsecamente ligada a políticas públicas que garantam estrutura, valorizem os profissionais e criem redes de apoio integradas [15]. A discussão, portanto, conclui-se na constatação de que a luta pela saúde mental oncológica no SUS é dialética: avanços na prática clínica adaptativa pressionam por mudanças sistêmicas, e mudanças sistêmicas bem-sucedidas são a única forma de viabilizar plenamente uma prática clínica total e continuada.

4.Considerações Finais

Este trabalho, através da revisão teórica e do relato de experiência, evidenciou o profundo abismo entre a aplicação adequada da TCC e a realidade prática no ambiente oncológico do SUS. Ficou claro que fatores limitantes estruturais – notadamente a gestão do tempo e a descontinuidade do cuidado – impelem o profissional para um modelo de gestão de crise em detrimento de um processo terapêutico continuado.

No entanto, também se demonstrou que a eficácia precisa ser redefinida neste contexto. A eficácia passa a ser a capacidade de oferecer um acolhimento válido e pragmático dentro das constantes existentes, utilizando os princípios da TCC de forma adaptada. Validar a dor do paciente, acolher suas urgências sociais à luz de sistemas como a hierarquia de necessidades de Maslow, e oferecer psicoeducação pontual são intervenções eficazes e necessárias.

Conclui-se que a batalha pela saúde mental dos pacientes oncológicos do SUS é travada em duas frentes: no micro, dentro do consultório, com profissionais criativos e resilientes que adaptam suas ferramentas; e na macro, dependente de políticas públicas que viabilizem a estrutura necessária para um cuidado verdadeiramente integral, multidisciplinar e contínuo. Sem os devidos avanços na macro, o sucesso do micro permanecerá limitado.

Palavras-Chaves: Psicologia Hospitalar; Oncologia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Sistema Único de Saúde; Relato de experiência.

Agradecimentos

Agradecemos profundamente à Psicóloga Suzan Carol de Oliveira Biscaro, por sua confiança e orientação essencial, que moldaram este trabalho e nos inspiraram. Estendemos a nossa gratidão a toda a equipe da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) pela acolhida e pela valiosa experiência, que nos permitiu crescer pessoal e profissionalmente.

5. Referências

- [1]. Organização Mundial da Saúde. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Genebra: WHO; 2013.
- [2]. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Brasília: INCA; 2013.
- [3]. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [4]. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979;16(3):252-260. doi: 10.1037/h0085885.
- [5]. Viellas EF, Dalvi MR, Domingues RMSM, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S85-S100. doi: 10.1590/0102-311X00126013.
- [6]. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [7]. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-396.
- [8]. Van Bogaert P, Clarke S, Willemsen M, Mondo E, Willemse A, Andrew L. Perceptions of organizational environment, work engagement and work outcomes in a nursing context. In: *Organizational Behavior in Health Care*. Emerald Group Publishing Limited; 2014. p. 55-80.
- [9]. Rogers CR. Tornar-se pessoa. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- [10]. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [11]. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [12]. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-396
- [13]. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [14]. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-396
- [15]. Van Bogaert P, Clarke S, Willemsen M, Mondo E, Willemse A, Andrew L. Perceptions of organizational environment, work engagement and work outcomes in a nursing context. In: *Organizational Behavior in Health Care*. Emerald Group Publishing Limited; 2014. p. 55-80.