

Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico

LUCÉLIA ELIZABETH PAIVA¹, HENRIQUE WALTER PINOTTI²

Unitermos: Psicologia — Neoplasma.

Key words: Psychology — Neoplasms.

RESUMO — Este trabalho é uma reflexão sobre o câncer e o doente acometido por essa doença, analisando as ansiedades e angústias envolvidas em seu processo de adoecer e tratamento. Tem como objetivo maior enfatizar a integração e equilíbrio físico e emocional que estão calcados na relação estabelecida entre os profissionais da saúde, enfocando especialmente o campo dinâmico entre o médico e o paciente. Os autores procuram analisar os principais aspectos emocionais decorrentes do mito e realidade do câncer e as várias etapas que o doente percorre no curso de seu tratamento. Por fim, dão breve visão psicossomática do canceroso, ressaltando que este vive um processo de luto e angústia de morte desde o aparecimento dos sintomas. Sugerem, então, o aprimoramento não somente da relação entre o médico e seu paciente, mas também propõem que este último tenha espaço para depositar seus sentimentos e emoções, visando a uma ação terapêutica integral através do trabalho de uma equipe multiprofissional.

INTRODUÇÃO

Antes de concentrar-se no estudo do paciente canceroso, considera-se importante abordar generalidades sobre o paciente enquanto “ser-doente”, a doença e, mais especificamente, o câncer em si. A partir disso, poder-se-á discorrer, com maior clareza, sobre a esfera singular do paciente acometido por um câncer, abrangendo as particularidades que o envolve, considerando as várias etapas pelas quais ele passa em determinados momentos de sua existência.

“A saúde é o silêncio dos órgãos; a doença, a sua revolta”⁽²¹⁾. A doença é um sinal de que algo de anormal está ocorrendo com o ser, na plenitude de sua existência. É o corpo na sua facticidade. O ser, na sua facticidade como doente, se defronta com o “não-ser” e sente-se ameaçado com a possibilidade de destruição de sua existência. Isso gera muita ansiedade e angústia.

Olivieri⁽¹⁵⁾ caracteriza o doente como um desesperado no sentido de ter “pressa” em ficar bom, de não ser mais o que no momento ele é (doente); deseja recuperar o “eu-sadio” que ele perdeu, deseja sua saúde. “O ‘ser-doente’ está vivendo o seu tempo de forma especial.”

Com a doença e a hospitalização, o doente sofre perda da liberdade e do autocontrole, ou seja, toda a sua vida fica alterada. No hospital, fica à mercê das condutas adotadas pela equipe que o assiste, geralmente pessoas que não conhecia; das normas do hospital que envolve rotina hospitalar, horários, exames, visitas, etc., tornando-se incapaz de cuidar de si, passando a depender mais

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP. Aprovado para publicação em 21/10/87.

1. Psicóloga em aprimoramento da Divisão de Psicologia do ICHC, com atividade psicológica na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP.

2. Professor Titular; Chefe da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP.

explicitamente dos outros — assumindo mais a condição de doente. Isso é mais agravante nos hospitais-escola, onde o doente não tem o “seu” médico; sua família não pode estar o tempo todo com ele e tem que dividir um espaço, que lhe é concedido, com outros doentes.

Nesse sentido, seu espaço e sua privacidade são perdidos, já que tudo é alterado em sua vida e o doente tem que reformular seus horizontes nesse seu momento de vida. Surge o sentimento de perda e solidão, que pode levá-lo a um processo de depressão situacional.

Outro aspecto muito importante é a perda da auto-imagem, que pode levá-lo inclusive a uma baixa ou perda da auto-estima. Isso geralmente acontece quando o doente não consegue elaborar a doença que o agride e o ameaça em sua integridade física e psíquica, principalmente quando necessita, em seu tratamento, ser submetido à cirurgia, que é uma agressão, uma mutilação. O doente sofre um ataque narcísico.

Deve-se considerar também a insegurança do futuro vivido pelo paciente. Com a doença, o “ser-doente” tem ameaçado seu futuro, seus projetos, o que acarreta grande insegurança e ansiedade. Depara-se com a finitude, toma consciência de que é um ser mortal e percebe-se frente a frente com a possibilidade do fim, a morte. Nesse momento, geralmente, observa-se regressão psicológica no doente, apresentando, muitas vezes, comportamentos infantis, que, na verdade, são pedidos de proteção e afeto. O ser-doente é um ser-carente.

SIMBOLISMO DO CÂNCER

“A moléstia traduzida pela palavra câncer foi, como tal, designada por Hipócrates, por analogia com o caranguejo, a mover-se lentamente, em todas as direções. O câncer é entendido como uma doença em região localizada, de onde se espalha para o resto do organismo (até então sadio), ‘comendo-o’ por derradeiro”⁽¹¹⁾. É visto como uma doença que devora o indivíduo por dentro.

O câncer progride por multiplicações celulares, invasão e metástases; mas o paciente tem a fantasia de que está sendo “comido” pelo câncer, que seu corpo está sendo aniquilado e contaminado por um “mal” que o levará à morte.

A fantasia de contaminação, muitas vezes, leva o doente a se isolar, porém algumas pessoas podem temer uma aproximação mais íntima, como a relação sexual, por exemplo. É comum o cônjuge de um paciente cance-

roso questionar, geralmente de forma indireta, acerca da contaminação.

O paciente canceroso sente-se fisicamente fora de controle e fica ansioso com a possibilidade de perda de controle do “eu”. Assim, sua vida e sua identidade ficam ameaçadas.

A própria palavra *câncer* gera um medo nas pessoas, de forma bastante descontrolada; tanto que muito raramente essa doença é mencionada pelo seu próprio nome, de forma clara, aberta e direta, como acontece com outras doenças. Quase sempre é sugerido, de forma bastante indireta, por “aquela doença”, “a doença ruim”, etc., deixando claro um desejo de mantê-la distante de si.

“Atualmente, o câncer simboliza o ‘pathos social’, significando a sentença de morte para o indivíduo acometido por essa doença”⁽¹¹⁾.

O APARECIMENTO DE SINTOMAS/ À BUSCA DE SOLUÇÃO

O aparecimento de sintomas gera ansiedade, no sentido de tornar evidente que algo de anormal se passa com a vida da pessoa. Com isso, sente ameaçada sua existência e a pessoa toma consciência de sua finitude, ou seja, a possibilidade de morte — o que acarreta muita angústia. “A doença é um modo conflitivo de estar no mundo, uma possibilidade no processo temporal da existência e o doente é um ser que vivencia uma doença”⁽¹⁵⁾.

Freqüentemente, o aparecimento inicial dos sintomas leva o doente a fantasiar uma doença grave, a tal “doença ruim”, pelo próprio temor que sente pelo câncer, o que é encontrado em todas as pessoas, pela mitificação existente nessa doença.

Por temerem a possibilidade de estar com câncer e com medo da morte, pode surgir também o medo de ir ao médico e constatar como real sua fantasia. Geralmente, essa atitude envolve um mecanismo de negação. Ou, ao contrário, por todos esses temores, numa personalidade mais hipocondríaca, ao menor sinal, existe a corrida desenfreada ao médico.

O médico deverá identificar não só a afecção, mas quem está à sua frente, com que tipos de ansiedades e medos. Entender esse ser-doente em suas vivências, no seu contexto de vida, no seu mundo próprio. Nesse momento trava-se o primeiro contato com o médico, que é de extrema importância para a formação de um bom vínculo na relação.

Nesse contato é útil que o médico perceba a “pessoa” que se apresenta por trás dos sintomas que o incomoda. Observar o comportamento do doente, colher dados acerca de como e o quê o doente pensa no momento em que vivencia a doença, como se sente após a doença instalada, como era antes, mudanças ocasionadas, sua auto-imagem como doente, desejos, projetos de vida, perspectiva de futuro, são pontos fundamentais que o profissional deve investigar para poder “conhecer” seu paciente e poder ver a pessoa e a situação, através do prisma do seu paciente. Isso o ajudará a traçar possíveis reações do doente frente ao diagnóstico e prognóstico da doença e tratamento a ser administrado.

Ao contrário do que se pensa, isso não significa que servirá de psicólogo do doente, mas sim, que poderá ajudá-lo a minimizar ansiedades que, com certeza, aparecerão ao longo do tratamento. Se o médico conhecer seu paciente, saberá lidar melhor com as situações difíceis que sempre surgem.

Para tanto, o médico não deve adotar uma atitude paternalista. Precisa apenas ser continente, mostrar-se disponível e humano e cuidar do doente de forma pessoal e empática, reconhecendo e entendendo que este paciente é também um ser que, na sua facticidade, está doente.

Olivieri⁽¹⁵⁾ afirma que “os profissionais da saúde, em geral, não se têm preocupado com o desvelamento do ser e o organismo é apresentado como uma unidade isolada do ser e do mundo”. Muitos médicos poderão justificar que isso é inviável pelo fator tempo, em se tratando de ambulatórios públicos e hospitais-escola. Mas será que, no caso de doentes portadores de afecções malignas, nos consultórios particulares, esses mesmos médicos arranjaram tempo e disponibilidade?

Sem dúvida, o fator tempo é significativo, porém não tão imprescindível. O essencial é que o médico possa “estar junto”, nos “minutos” em que estiver com o paciente; poder se despir da sua postura de “dono-dosaber” para utilizar os seus conhecimentos no “socorro” do doente.

O estabelecimento de um bom relacionamento e um bom vínculo entre médico e paciente nesse encontro propiciará ao doente mais alívio e mais segurança diante dos seus medos e poderá, no decurso do processo terapêutico, compreender a si mesmo enquanto doente, compreender sua facticidade e até mesmo sua finitude.

Não é fácil cuidar de doentes com afecções malignas, pois envolve uma reformulação constante e uma disponibilidade de trabalhar pessoalmente o aspecto vida-morte, pois o sentimento de impotência referente à cura e salvar vidas é quase uma constante quando se está com um ser que está vivendo e morrendo ao mesmo tempo.

EXAMES DIAGNÓSTICOS

Durante o período de exames, para a investigação do diagnóstico, o doente sofre de uma ansiedade frente aos exames em si, muitas vezes dolorosos, desconfortáveis e invasivos, bem como a ansiedade frente aos resultados neles encontrados.

É a partir desses exames que seu futuro se traçará, assim como suas esperanças e projetos de vida. Muitos doentes, nessa fase, reclamam muito, até exageradamente, dos exames a que estão sendo submetidos.

Diante desses fatores emocionais, deve-se entender o drama que o doente vivencia nessa fase diagnóstica; o quanto, em outras palavras, ele reclama de estar doente e com muito medo. É aí que, mais uma vez, o medo da “doença ruim” e a angústia de morte se manifestam para esse indivíduo que está vivendo, ansiosamente, momentos referentes ao destino de sua vida, através de exames e respectivos resultados.

DIAGNÓSTICO

Em toda bibliografia pesquisada sobre o paciente canceroso, menciona-se rapidamente ou de forma mais ampla o tema diagnóstico e prognóstico, abrangendo o ponto culminante desse assunto: a relação médico-paciente. A questão acerca de revelar ou não o diagnóstico para um paciente acometido de um câncer, em qualquer grau que se encontre o processo, é ainda grande polêmica.

O médico, ao se relacionar com o paciente, pode começar a pensar e sentir como este, por quem está preocupado. A esse fenômeno psicológico dá-se o nome de identificação; caracterizado por um processo onde há alteração das funções egóicas, interferindo na identidade médica, produzindo confusão interna, com evidente dificuldade de pensar e atuar, bloqueando a relação entre o médico e seu paciente.

Sobre isso, Ferrari, Luchina e Luchina⁽⁶⁾ referem textualmente: "Fenomenologicamente o médico sente irritação crescente, perplexidade, agressão, ódio mais ou menos deformado por situações defensivas, culpa excessiva e impulsos pseudo-reparatórios. A partir desse ponto, podem aparecer os seguintes emergentes: permanecer submisso ao paciente, ou ter dúvidas obsessivas sobre sua própria capacidade e temor exagerado às críticas de seus colegas, ou isolar-se emocionalmente de seu paciente (aparentar indiferença, desinteresse exagerado) ou, pelo contrário, "dedicar-se" a ele de maneira total e exclusiva."

É comum, no tratamento de pacientes terminais, a atuação de acordo com alguns mecanismos de defesa psicológicos que entram em ação para evitar o sofrimento diante da morte:

— podem racionalizar, alegando que os pacientes não querem saber a verdade sobre a doença;

— podem intelectualizar, usando a teoria sobre sobrevivência e percentagens de cura, porém sem falar da sobrevida e prognóstico do paciente em particular;

— podem falar a verdade, porém de modo abrupto, como se estivessem dando um recado, saindo logo do ambiente ou fechando a conversa, impossibilitando que o paciente questione algo;

— podem delegar essa "difícil" tarefa a outra pessoa: um familiar próximo ao paciente ou, não raro, ao psicólogo (se a equipe contar com um!)⁽¹⁹⁾.

Para explicar tais reações, pode-se pensar que, inconscientemente, o profissional procura poupar-se da ansiedade que surge diante do paciente terminal.

A importância do vínculo estabelecido entre médico e paciente marca um espaço significativo no processo de cura. Para o paciente, sua vida está nas "mãos do médico". Tanto que chegam até a verbalizar: "Depois de Deus, vêm os médicos" ou "Deus ilumina as mãos dos médicos" (pacientes cirúrgicos), dando, assim, uma conotação de "Todo-Poderoso" ao médico, o que, de certa forma, reforça a postura de salva-vidas, dificultando muito quando isso não mais é possível.

Se a relação for estabelecida nesse plano, dificilmente médico e paciente manterão diálogo aberto e franco, já que existirá um pedestal para o médico: o paciente submisso, dependente, e o médico onipotente. Neste caso, o

médico ditará as normas e o paciente as obedecerá. Não se sentirá responsável pela sua vida.

Outro plano em que se pode dar a relação médico-paciente é aquele em que o médico já se coloca como o dono-do-saber desde o início, sem parar para perceber o momento e as necessidades do paciente e este não suporta a carga de tensão que se adiciona à sua ansiedade primeira, a doença, e passa a correr de médico em médico, fugindo de sua realidade.

Quando, enfim, o paciente recorre a um médico que, além de averiguar seu diagnóstico, coloca-se como uma pessoa que pode ajudá-lo, não só através de condutas terapêuticas, mas também compreendendo-o nas agruras de sua existência, sendo continente e podendo perceber as necessidades do paciente em seu momento de vida e sua doença, aí sim o vínculo será estabelecido, de forma que médico e paciente sentir-se-ão responsáveis pela dura batalha travada entre a doença e o tratamento, vida e morte.

O médico deve estar atento para a linguagem do paciente, procurando identificar suas necessidades. O momento adequado de falar sobre o diagnóstico é referido pelo próprio paciente; talvez não de forma tão clara e direta, mas pode ser também de forma mais camuflada e indireta. É de máxima importância lembrar que o paciente está vivenciando um momento de vida muito difícil, cheio de ansiedades, dúvidas, medos e angústias. Não é fácil para o doente perguntar deliberadamente "Eu tenho câncer, doutor?", pois seria, a nível simbólico, o mesmo que perguntar: "Eu estou morrendo, doutor?" "Eu vou morrer, doutor?"

Talvez uma forma de o médico se mostrar disposto a falar sobre esse assunto com o paciente, em qualquer momento, quando este se sentir mais à vontade, seria colocar-se disponível dando permissividade para que o paciente possa manifestar suas dúvidas conforme estas forem surgindo.

Dessa forma, o médico abre espaço para que o paciente possa procurá-lo assim que se sentir em condições para discutir o que está acontecendo consigo, sem impor nada, deixando-o à vontade para que possa refletir e voltar a procurá-lo.

A relação médico-paciente deve ser honesta para que um bom vínculo possa acontecer e tanto o médico possa

sentir-se mais à vontade em relação ao seu paciente, como este possa beneficiar-se com o tratamento.

O médico, ao falar sobre o diagnóstico com o doente, não deve demonstrar que não tem mais nada a fazer, tirando-lhe a esperança de sobrevivência; porém isso não se faz com mentiras! O uso da “mentira-caridosa” é um erro, pois reflete receio e compaixão por parte do médico, de acordo com parâmetros pessoais.

A esperança de vida é constitutiva do homem. Ele tem esperança de cura, de descoberta de novos medicamentos, cirurgia e até um milagre. O homem vive essas esperanças durante a depressão e no período das negociações, que são estágios do processo de morrer, descritos por Kübler-Ross^(10,21).

Sobre isso, Ziegler⁽²¹⁾ refere textualmente: “Todo processo de morrer é, de certo modo, subentendido por uma esperança permanente, que assume as mais variadas formas, segundo os diferentes estágios atravessados pelo moribundo: na aceitação, a esperança de sobrevivência após a morte.”

Em relação ao processo referente ao diagnóstico e baseado nas próprias experiências com doentes cirúrgicos internados, considera-se que todo ser humano tem o direito de saber o que está acontecendo consigo, porém existem as diferentes estruturas de personalidade, bem como momentos mais adequados para enfrentar essa difícil situação. Nesse sentido, se o vínculo com o doente for bom, baseado em todos os itens anteriormente falados, o doente insinua se quer ou não saber, de que forma gostaria de saber e o quê, bem como quando está apto a saber — preparado para enfrentar tal situação. Nosso referencial deve ser sempre o doente.

O profissional de saúde sempre foi preparado para devolver a saúde; portanto, é uma tarefa muito árdua abrir-se para falar sobre a morte. Daí o trabalho com pacientes terminais envolver grande desgaste emocional, já que o profissional está a todo instante se deparando com a morte, a finitude, e tem que lidar com o sentimento de impotência causado por não ter mais uma vida a salvar, mas uma morte para acompanhar e um ser-doente para entender e preparar para esse encontro.

As reações emocionais do doente serão influenciadas por vasta gama de fatores, podendo entrar em um período de depressão em que necessitará de tempo para poder elaborar sua doença e seu momento de vida. Este período poderá ser amenizado se o profissional que o estiver acompanhando mostrar-se “junto”, compreendendo-o

em sua dor emocional, bem como a família — evitando, assim, que o paciente entre em depressão severa. Após a elaboração, o paciente poderá participar mais ativamente do seu tratamento; de acordo com suas esperanças.

Outra reação que o paciente poderá apresentar é a negação. É como se ele não tivesse ouvido nada a respeito de sua doença. Tanto poderá permanecer negando, pois não suporta a realidade, como essa negação pode ser temporária e, aos poucos, o paciente começa a buscar esclarecimentos sobre o que está acontecendo consigo.

Para que esse processo seja mais ameno para o doente, embora não deixe de ser difícil, é importante que o mesmo tenha espaço para depositar seus sentimentos e emoções frente à sua doença, seu adoecer, sua vida e sua morte. Ele necessita de profissionais capazes de ajudá-lo a enfrentar e elaborar todo esse turbilhão.

TRATAMENTO

O tratamento do câncer desperta ansiedades no doente, que estão relacionadas diretamente à morte e ao sofrimento, já que esse é o mito que envolve a doença e que, por vezes, é confirmado pela própria realidade.

Após a confirmação do processo neoplásico através de exames para investigação diagnóstica, o doente irá submeter-se ao tratamento, que pode ser curativo ou paliativo, conforme o estágio da doença. O tratamento pode ser por cirurgia e/ou radioterapia e/ou quimioterapia. Todas essas condutas podem deixar marcas importantes no doente.

Pode-se dizer que, independente do nível cultural e sócio-econômico, muitas pessoas que estão vivendo, principalmente, no meio hospitalar, de alguma forma sabem que a radioterapia e a quimioterapia são condutas terapêuticas para câncer. Nessa situação, é importante refletir sobre como repercute, para o doente, um encaminhamento para radioterapia e/ou quimioterapia, quando ele desconhece seu diagnóstico.

Se o médico faz encaminhamento para tais tratamentos sem ter discutido anteriormente a doença e a terapêutica adotada, esclarecendo dúvidas do doente, possivelmente este poderá apresentar algumas reações, tais como: ou buscar esclarecimentos, ou rebelar-se quanto ao tratamento, sentindo-se enganado, achando que está condenado; ou ainda, usar da negação para tentar minimizar seu sofrimento psíquico.

Em contrapartida, se o doente tem condições e ego suficientemente forte para conhecer seu diagnóstico e/ou

vínculo positivo com seu médico, baseado na confiança, participando ativamente de seu tratamento, muito provavelmente aceitará tais condutas como alternativas para sua vida, com esperança de vencer a batalha contra o seu câncer e respectiva morte.

Por outro lado, se o doente desconhecer seu diagnóstico, porém seu relacionamento com o médico é bom e sente-se seguro e compreendido por este, é muito provável que busque esclarecimentos nesse momento, selecionando, inconscientemente, aquilo que “consegue” ouvir ou simplesmente negando estar passando por tal perigo iminente de vida e submetendo-se ao tratamento com a esperança de salvar sua vida.

Muitas vezes, quando o doente quer, ou precisa, negar a existência do câncer e possível morte, nega também seu conhecimento acerca da radioterapia e quimioterapia.

Kübler-Ross (citada por Jean Ziegler)⁽²¹⁾ julga que cada caso é um caso, apesar de a situação ser a mesma. “Todo ser possui em si sua própria morte e sua própria percepção dessa morte.”

Bleger⁽³⁾ diz que “todo paciente detecta seu diagnóstico, conhece sua enfermidade, nem sempre em nível consciente, mas tem uma percepção inconsciente indudável, ainda que possa negar sistematicamente”.

Quando existe necessidade de cirurgia, além das ansiedades e angústias relacionadas à doença, o doente vivenciará a ansiedade da internação e a angústia de morte, bem como as seqüelas de uma mutilação.

O processo cirúrgico pode causar trauma psíquico, pela intensidade de emoções primárias que mobiliza, bem como constituir-se na gênese de perturbações psíquicas estáveis. As perturbações psíquicas envolvidas na cirurgia, desde seu comunicado até a alta hospitalar, constituem a neurose cirúrgica.

A neurose cirúrgica é consequência de medos básicos mobilizados, essencialmente o medo da morte. Caracteriza-se por angústia, muitas vezes manifestada por sintomas (taquicardia, insônia, hipertensão, febre, vômitos, etc.), transtornos das relações interpessoais, estreitamento perceptivo, não se permitindo receber as mensagens esclarecedoras e atenuantes da ansiedade. Nesse caso, a atenção se focaliza somente no sentimento de morte, invalidade e abandono.

Na internação, o doente se depara com uma gama de estímulos que contribuem para a neurose cirúrgica: para-

da total no seu ritmo de vida, mudança de ambiente, sofrimento, doença, pessoas estranhas, rotina diferente à que estava acostumado, perda da privacidade, perda da liberdade e, também, a exposição de seu corpo. Isso, como já foi referido anteriormente, é mais acentuado em instituições públicas e hospitais-escola.

Nesse momento de doença e conflitos psíquicos diante da mesma, o doente necessita de atenção e afeto e isso é, geralmente, o que menos recebe. O doente passa a conviver com sua própria dor e a de outros, num clima mais depressivo.

Além da ansiedade da internação, o doente vivencia a ansiedade da cirurgia e a angústia de morte. Quando o paciente é internado para ser submetido a uma cirurgia (fase pré-operatória), sente sua existência ameaçada, apresentando fantasias de morte. Se este não tiver espaço para dividir seus sentimentos de modo a tentar compreender o que se está passando consigo neste momento traumático, a intensidade de angústia pode manifestar-se a nível corporal, produzindo sintomas tais como a taquicardia, dispnéia, insônia, hipertensão, vômitos, entre outros.

Nessa fase, ainda, o paciente muitas vezes manifesta seu medo de morrer na cirurgia de forma direta ou camuflada. Pode usar a anestesia geral (que simbolicamente pode ser vista como uma “morte transitória”) para expressar esse medo.

A fase intra-operatória, quando o paciente vai para o centro cirúrgico até ser anestesiado, é o momento em que as emoções são vividas mais intensamente e a ansiedade de morte atinge seu ponto máximo. Esta espera é um fator neurotizante, em que o paciente pode sentir que sua vida lhe escapa, que depende diretamente do médico. Daí a importância, novamente, de um bom vínculo com este, para poder sentir-se seguro.

Na medida em que o efeito da anestesia vai se dissipando e o paciente percebe sua realidade de estar vivo, sua ansiedade diminui. Nesta fase (pós-operatória), o paciente passa a ter outras ansiedades: com a dor, cura de doença, mutilação cirúrgica e possíveis transformações corporais e de vida. Frente a isso, é comum o paciente ter uma regressão psicológica, sentindo-se mais carente, dependente e com medo de abandono.

Para minimizar o sofrimento emocional da neurose cirúrgica e evitar que se transforme em neurose estável, é que se propõe psicoprofilaxia cirúrgica, em que serão utilizadas técnicas psicológicas para tais fins.

Porém, para que esta possa ser realmente eficaz, é necessário que o doente tenha confiança e bom vínculo com a equipe que o assiste, não receba mensagens duplas e não apresente dúvidas em relação a condutas a serem adotadas com ele. É essencial que exista relação sólida entre os profissionais da equipe de saúde e que, realmente, essa equipe funcione como equipe multiprofissional.

O PACIENTE CANCEROSO — VISÃO PSICOSSOMÁTICA

Muitos autores consideram o câncer uma doença que surge a partir de componentes emocionais acentuados de autodestruição e de busca do fim por perdas bastante significativas durante a vida; inclusive a perda do sentido de vida.

Cassorla⁽⁵⁾ caracteriza o câncer como sendo uma doença resultante da exacerbação do instinto de morte sobre o instinto de vida; como sendo um tipo de suicídio — uma forma inconsciente de matar-se ou buscar a morte. Ou seja, o instinto de morte exacerbado faz com que mecanismos autodestrutivos entrem em ação e uma das formas de se manifestar é a doença.

Balint⁽²⁰⁾ afirma que “em determinadas situações, o ser humano ‘cria’ para si mesmo enfermidades como possibilidade de solução para seus problemas”.

Wulliemier⁽²⁰⁾ cita que estudos epidemiológicos revelaram que os carcinomas são significativamente mais frequentes entre pessoas que, um ou dois anos antes do aparecimento da doença, tenham vivido uma experiência trágica, como perda de um ente querido, acidente, grandes dificuldades profissionais ou outras circunstâncias vitais penosas.

A forma como o indivíduo lida com essa perda é o ponto fundamental no estudo da doença, desde o aparecimento até o tratamento. A depressão severa, o sentimento de total desamparo e desesperança que permanece no paciente após a perda parecem debilitar o indivíduo de forma total. Sua resistência diminui, de modo a permitir que a doença se instale e desenvolva clinicamente.

Wulliemier faz ainda um alerta aos médicos, para que estes fiquem atentos quando tiverem diante de si algum paciente muito deprimido, desanimado, sem forças para enfrentar a vida ..., dizendo que *pode* ser um paciente canceroso — sem, contudo, generalizar que todos os pacientes deprimidos sejam suspeitos de câncer.

O médico deve fazer suas investigações habituais dos sintomas e doença, mas é importante perceber o estado emocional do seu paciente, pois isso poderá ajudá-lo em suas investigações, já que estudos mostram a importância de fatores psíquicos influenciando nos quadros somáticos.

Se o paciente portador de câncer for visto como alguém que, inconscientemente, criou essa doença por necessidades psíquicas e mentais, é justo pensar que ele necessite de cuidados psicológicos capazes de ajudá-lo a lidar com esse seu momento de vida.

Se o câncer, geralmente, aparece a partir de perdas anteriores bastante significativas, cujos danos foram muito grandes para o paciente, como este lidará, agora, com essa nova perda: a de si mesmo e de sua vida?

Assim sendo, é justificável que um ponto relevante no tratamento do paciente canceroso seja o de trabalhar objetivando resgatar o sentido de vida, para que este reúna forças internas para conseguir participar ativamente e integralmente em seu tratamento e viver realmente a vida que tem; quando, nesse momento, está vivendo e morrendo ao mesmo tempo.

SUMMARY

This work is a reflection on cancer and the patient suffering from cancer, analysing the anxiety and anguish involved in the process of becoming ill and the treatment of the disease.

Its main aim is to emphasize the integration and physical and emotional equilibrium that are intrinsic in the relationship established between health workers and the patient, focusing particularly on the vital relationship between the doctor and the patient.

The authors try to analyse the main emotional aspects arising out of the myth and the reality of cancer and the several stages that the patient goes through during his treatment.

Finally, they present a brief psychosomatic view of the cancer patient, showing how he goes through a process of mourning and death anguish from the very first symptoms.

Thus, they suggest the improvement of not only the relationship between the doctor and his patient, but also propose that the latter has the opportunity to express his feelings and emotions, aiming at a complete therapeutic action through the work of a multiprofessional group.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALINT, M O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.
2. BECKER, E A negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
3. BLEGER, L El paciente y el cancer. In: SCHAVELZON, J et al Cancer — enfoque psicológico. Argentina, Galerna, 1978.
4. BOEMER, MR A morte e o morrer. São Paulo, Cortez, 1986.
5. CASSORLA, RMS O que é suicídio. São Paulo, Brasiliense, 1984.
6. FERRARI, H; LUCHINA, N; LUCHINA, IL La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.
7. GREENBERG, RP & DATTORE, PJ The relationship between dependency and the development of cancer. Psychosom. Med. 43: 1, 1981.
8. GUNN-SCHEHAYE, A Aspectos psicológicos em cirurgia: 1ª parte e 2ª parte. Documento Roche n° 64/65 maio/junho, 1985.
9. KASTENBAUM, R & AISENBERG, R Psicologia da morte. São Paulo, USP, 1983.
10. KÜBLER-ROSS, E Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
11. LEÃO, PHS Câncer nos cólons e no reto mesmos e outros aspectos. Fortaleza, UFC, 1984.
12. MARTINS, C et al Perspectivas da relação médico-paciente. Rio Grande do Sul, Artes Médicas, 1981.
13. MEERWEIN, F A psicologia do canceroso. Documento Roche n° 22, outubro, 1981.
14. MUÑOZ, MCEL Reacción psicológica al cancer. Salud Mental, 7: 220, 1980.
15. OLIVIERI, DP O ser-doente, dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo, Moraes, 1985.
16. PENDLETON, E Tarde demais para chorar ... Cedo demais para morrer. Rio de Janeiro, Nórdica, 1980.
17. SCHAVELZON, J Psicologia y cancer. In: SCHAVELZON, J et al Cancer — enfoque psicológico. Argentina, Galerna, 1978.
18. SOUZA, MC et al Mudanças na imagem corporal e alterações psicológicas em pacientes colostomizados e ileostomizados. Rev. Col. Bras. Cir. 13: 159, 1986.
19. STEDEFORD, A Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Rio Grande do Sul, Artes Médicas, 1986.
20. WULLIEMIER, F Assistência psíquica a cancerosos. Documento Roche n° 4, abril, 1980.
21. ZIEGLER, J Os vivos e a morte. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

PERIGO PARA OS NÃO-FUMANTES

- 1º) A fumaça do cigarro afeta o não-fumante quase tanto quanto ao fumante.
- 2º) O fato de inalar a fumaça do vizinho apressa as batidas do coração, a pressão arterial e aumenta no sangue o nível de óxido carbônico.
- 3º) A fumaça que sobe de um cigarro e paira no ar contém mais alcatrão e nicotina do que a que é inalada.
- 4º) A quantidade de óxido de carbono existente no sangue do não-fumante dobra, quando este se acha numa sala mal ventilada e cheia de fumaça de cigarro. Mesmo depois de deixar a sala, a nocividade do carvão inalado, involuntariamente, ainda permanece 3 a 4 horas no seu organismo.
- 5º) O não-fumante é forçado a respirar a fumaça que sobe da extremidade do cigarro aceso, assim como a que é exalada pelo fumante.
- 6º) Pesquisadores descobriram que as molestias pulmonares são duas vezes mais comuns em crianças cujos pais fumam (sobretudo perto delas), em comparação com aquelas cujos pais não fumam de modo algum.
- 7º) Muitos são sensíveis à fumaça do tabaco e sofrem de asma, mesmo não sendo fumantes.