

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



COORDENAÇÃO CENTRAL DE EXTENSÃO
Pós Graduação em Psicologia da Saúde

(Re) descobrindo a vida na convivência com o “fantasma” do câncer

Bruna Cortines de Araujo Espindola

Orientadora: Prof.^a Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão

Bruna Cortines de Araujo Espindola

(Re) descobrindo a vida na convivência com o “fantasma” do câncer

Monografia apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
da Saúde como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof.^a Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão

Rio de Janeiro

Fevereiro/2018

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por me dar energia para concluir esse trabalho, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia e socorro presente na hora da angústia.

A esta Universidade e seu corpo docente, que oportunizaram a realização deste curso e proporcionaram o conhecimento, neste processo de formação.

A professora Ms. Mônica Cristina de Carvalho Campioli Brandão, pela paciente orientação, apoio, carinho, incentivo e empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

À professora Dr^a Mayla Cosmo Monteiro, por aceitar o convite para ser leitora.

Aos meus avós, pais e irmão, que entenderam os momentos da minha ausência e sempre incentivaram e apoiaram incondicionalmente a realização deste trabalho.

Ao meu tio Waltair, que sempre incentivou minha formação profissional, me fazendo entender que o futuro é feito a partir da dedicação no presente.

Ao meu marido, pelo amor, pela paciência, incentivo constante e pela força para superar as dificuldades.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

“As pessoas mais bonitas que conhecemos são aquelas que conheceram a tristeza, o sofrimento, a luta e a perda, mas encontraram seu caminho de volta.”

(Elizabeth Kubler-Ross)

RESUMO

ESPINDOLA, Bruna Cortines de Araujo. **(Re) descobrindo a vida na convivência com o “fantasma” do câncer**. 2018. Monografia – CCE, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho trata da pessoa que, diagnosticada com câncer, se vê diante do enfrentamento estigmatizado da doença, tendo de aprender a conviver com as mudanças de todo o tipo que lhe é imposta. O objetivo, aqui, é discorrer a respeito dessa nova vida que, apesar de difícil, é possível de ser concebida de forma a atenuar o sofrimento e evitar problemas de cunho psicológico como, por exemplo, a depressão. Trata, também, dos diferentes tipos de cuidadores que acompanham o paciente oncológico, sendo estes: o médico, que trata do câncer; o psicólogo e o cuidador familiar, que trata de tudo o mais de que necessita o paciente, desde cuidados pessoais até a locomoção do mesmo.

Palavras-chave

Câncer, Estigma, Cuidador.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	6
1 – O QUE É CÂNCER.....	7
1.1 – Tipos de Câncer:.....	7
1.2 – Fatores de risco mais frequente para o surgimento do câncer.....	8
1.3 – Tipos de tratamento.....	9
1.4 – Tipos especiais de radioterapia.....	10
2 – INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL.....	13
3 – O PESO CULTURAL DE UMA DOENÇA ESTIGMATIZADA.....	15
3.1 – Câncer e seus simbolismos.....	17
3.2 – Convivendo com o fantasma do câncer.....	18
4 – OS DIFERENTES CUIDADORES DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	21
4.1 – O médico oncológico.....	21
4.2 - O psicólogo.....	23
4.2.1 – A importância do psicólogo para o paciente.....	23
4.2.2 – O papel do psicólogo no cuidado à família.....	25
4.3 – A família do paciente.....	26
4.3.1 – Cuidado salutar do familiar.....	27
5 – CASOS REAIS DE PACIENTES COM CÂNCER.....	29
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

Introdução

Esta monografia tem o objetivo de abordar o câncer e suas especificidades biomédicas, bem como refletir sobre os estigmas que o mesmo imprime sobre o paciente e a importância que os cuidadores exercem sobre ele.

O câncer é uma doença crônica, de causas multifatoriais controláveis e não controláveis. A crescente incidência das doenças oncológicas é mundial e vários fatores de risco estão relacionados com a doença. Atualmente, o câncer é considerado um problema de saúde pública, e isto se deve ao fato de o câncer constituir-se em segunda principal causa de morte por doença no mundo.

Com o passar dos anos, a medicina avançou a passos largos no que refere ao tratamento e cura do câncer, mas, apesar de todo o progresso científico e tecnológico, o câncer comumente é associado ao fantasma da morte, através das várias crenças e estigmas da doença. Antes mesmo de qualquer detalhamento, o paciente e o familiar, ao receber um diagnóstico de câncer, imediatamente associam a doença a uma sentença fatal. Por isso, é fundamental a forma de transmissão dessa informação, que é dada ao paciente, ser humanizada, para tanto existe o protocolo SPIKES, um protocolo de seis etapas que objetiva atenuar o impacto de más notícias.

A complexidade do cuidado ao paciente oncológico e de sua família compreende desafios que devem ser do conhecimento de todos os segmentos da sociedade, mas, principalmente, um compromisso e uma responsabilidade dos setores da saúde, e dos profissionais quanto aos seus deveres como defensores das boas práticas e dos direitos dos pacientes.

Apesar de toda complexidade e dificuldade, é possível viver com o câncer, desde que se leve a sério o tratamento, podendo alcançar a cura ou aprender a controlar a doença de maneira que se torne possível conviver com ela.

1 – O que é câncer

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), importante órgão do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações de prevenção e controle de câncer no Brasil, e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição desta doença é:

“[...] um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).”

1.1– Tipos de Câncer:

As células cancerígenas podem acometer qualquer parte do corpo humano, assim o câncer pode ser anal, na bexiga, boca, colorretal, colo do útero, esôfago, estômago, fígado, na laringe, leucemia, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, de mama, no ovário, pâncreas, de pele melanoma e não Melanoma, pênis, próstata, pulmão, testículo e Tumores de Ewing.

Dependendo de onde o câncer se instala, pode agir de várias formas, e necessitam de tratamentos específicos.

De acordo com o Instituto Oncoguia – ONG fundada em 2009 por profissionais de saúde e ex-pacientes de câncer, a doença pode ser agrupada em cinco categorias:

1. **Carcinoma** – Começa na pele ou nos tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos.
2. **Sarcoma** – Começa no osso, cartilagem, gordura, músculo, vasos sanguíneos ou outro tecido conjuntivo ou de suporte.

3. **Leucemia** – Começa no tecido produtor de sangue, como a medula óssea, e provoca um grande número de células anormais do sangue produzidas e entrando no sangue.
4. **Linfoma e Mieloma** – Começam nas células do sistema imunológico.
5. **Cânceres do sistema nervoso central** – Começam nos tecidos do cérebro e da medula espinhal.

1.2 – Fatores de risco mais frequente para o surgimento do câncer

O câncer é uma doença multifatorial, podendo os fatores serem externos ou internos. Os externos referem-se ao ambiente ou a hábitos e costumes de uma sociedade, já os internos podem ser pré-determinados geneticamente em sua maioria e ligadas à capacidade de defesa do organismo.

Os principais fatores externos no aparecimento dos cânceres são:

Fumo: O fumo, atualmente, é responsável por cerca de 30% do número total de casos de cânceres diagnosticados no mundo. Os fumantes inalam 50 compostos cancerígenos capazes de provocar tumores malignos. O cigarro não só pode causar o câncer de pulmão, mas também está associado aos tumores malignos que se instalam na boca, faringe, seios da face, esôfago, estômago, pâncreas, laringe, traqueia, rins, bexiga e até colo uterino.

Álcool: O consumo de bebidas alcólicas é socialmente aceito, mas a ingestão exagerada do álcool está diretamente relacionada aos cânceres de fígado, de esôfago, de mama e aos tumores malignos que se instalam na cabeça e pescoço.

Alimentação: Alguns alimentos ricos em gorduras, tais como carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, leite integral e derivados, bacon, presuntos, salsichas, linguiças, mortadelas, dentre outros, se consumidos por longos períodos, podem favorecer o aparecimento de câncer. Se malconservados, esses alimentos ainda podem ser contaminados por um fungo (*Aspergillus*) que libera uma toxina cancerígena, a *aflatoxina*, principal responsável pelo câncer do fígado.

Obesidade e vida sedentária: A obesidade e o sedentarismo elevam o risco de desenvolvimento do câncer, além de deixar o indivíduo menos disposto para realizar as atividades do dia a dia.

A alimentação saudável e a prática regular de exercícios físicos são capazes de prevenir 30% dos casos de câncer no Brasil. A obesidade e o sedentarismo estão relacionados a casos de câncer de mama e de cólon. Segundo uma pesquisa publicada na revista britânica de saúde *Lancet* (2012), a inatividade física seria a causa de 12,5% dos casos de câncer de mama e 12,6% dos casos de câncer de cólon na América Latina.

Para as mulheres, a melhor forma de prevenção do câncer é a prática regular de atividade física durante os anos de vida reprodutiva, já que ao menos 4 horas de atividade física semanal durante esse período reduz em 60% o risco de desenvolvimento do câncer de mama.

Radiações Solares: O câncer de pele é o tipo de maior incidência, no Brasil e seu principal agente etiológico é a radiação ultravioleta da luz solar.

Câncer de pele nos negros é bem mais raro do que nos brancos e consequentemente, quanto mais clara a pele, maior o risco de câncer.

1.3 – Tipos de tratamento

Conforme anteriormente apresentado, dependendo de onde o câncer se instala, é necessário tratamento específico. Existem várias formas de tratar os casos de câncer:

Cirurgia: É o método mais antigo. Com os avanços da tecnologia e o conhecimento mais apurado do comportamento dos tumores é possível realizar cirurgias mais conservadoras, com preservação de órgãos que no passado eram amputados.

Radioterapia: Este tratamento é realizado através de radiações, que não são vistas a olho nu e também não machucam o paciente, e que tem a finalidade de destruir um tumor ou impedir que as células cancerígenas aumentem.

Entretanto, possíveis efeitos colaterais podem ser percebidos, dependendo da dose do tratamento da parte do corpo tratada, da extensão da área radiada, do tipo de radiação e do aparelho utilizado. Os mais frequentes são cansaço, perda de apetite e dificuldade de ingerir alimentos e reação da pele, que poderá ser coceira, ficar vermelha, irritada,

queimada ou bronzeada, deixando-a seca e escamosa, além de febre, dores, assaduras, bolhas ou secreções na pele.

Na maioria dos casos a radioterapia é administrada em doses diárias, cinco vezes por semana, com duração de aproximadamente 20 minutos para cada dose. Este método pode ser utilizado sozinho, ou combinado com outro tratamento, como a quimioterapia por exemplo.

O tratamento radioterápico pode ser administrado de cinco formas diferentes:

a) Definitivo: Quando administrado como única forma de tratamento.

Exemplos: câncer de próstata, pulmão, cabeça e pescoço.

b) Coadjuvante: Quando é indicado para consolidar tratamentos prévios.

Exemplo: radioterapia aplicada após a cirurgia nos casos de câncer de mama, pulmão, próstata e outros, ou a administrada depois de quimioterapia nos linfomas.

c) Neoadjuvante ou primário: Quando aplicado com a finalidade de reduzir a dimensão dos tumores avançados, para torna-los passíveis de serem operados com maior segurança.

Exemplo: tumores de reto.

d) Paliativos: Quando usado para controlar sintomas, estancar sangramentos tumorais, reduzir as dimensões de tumores avançados, facilitar a cicatrização de fraturas de ossos comprometidos, diminuir a dor e demais complicações da doença disseminada.

e) Combinado: Quando associado a quimioterapia, para explorar a capacidade que algumas drogas quimioterápicas têm de potencializar a ação radioterápica.

Exemplo: tumores de cabeça e pescoço, colo uterino e reto.

1.4 – Tipos especiais de radioterapia

Braquiterapia: Neste procedimento, fontes de radioterapia são introduzidas diretamente no interior ou nas proximidades da massa tumoral, por meio de cateteres ou sementes radioativas, eles ficam em contato direto com o organismo do paciente. É um tratamento muito utilizado em tumores malignos iniciais de próstata, em câncer uterino,

em certos casos de sarcomas e nos melanomas que surgem no globo ocular. É comum ser administrada após a radioterapia externa.

Intraoperatória: É administrada em dose única, dirigida contra o tumor ou contra a área da qual ele foi retirado, durante a cirurgia, após proteção dos tecidos normais. O objetivo é melhorar o controle local do tumor e as taxas de sobrevida para pacientes com diferentes tipos de câncer. Nessa modalidade de tratamento é utilizado doses eficazes mais elevadas de radiação em comparação com a radioterapia convencional, onde nem sempre é possível a utilização de doses muito elevadas, uma vez que os órgãos sensíveis podem estar próximos.

É um tratamento utilizado em tumores da cavidade abdominal, como sarcomas, em câncer de reto e em casos selecionados de câncer de mama.

Radiocirurgia estereotática: É a aplicação de uma dose única de radiação precisamente dirigida contra o tumor. É mais utilizada no tratamento de metástases cerebrais isoladas e de tamanho pequeno. É uma técnica não invasiva, e que envolve a administração de altas doses de radiação em determinada região do cérebro.

Alguns estudos de radioterapia dividem a radiocirurgia em: Estereotática – Quando se refere ao tratamento de tumores localizados no cérebro ou na coluna vertebral, que são normalmente tratados num máximo de cinco sessões e; Estereotática Corpo – Que é uma técnica muito semelhante a anterior, mas é usada para alvos externos ao cérebro e a coluna vertebral, mais utilizada para alvos no pulmão, fígado, pâncreas e rim, e normalmente realizada num máximo de cinco sessões.

Irradiação de todo o corpo: É realizada por meio da aplicação de doses baixas de radioterapia, de modo que o feixe se espalhe para cobrir o corpo inteiro. É usada nos transplantes de medula óssea para tratamento de leucemias, linfomas e de alguns tumores da infância.

Radionuclídeos: Esse método é empregado no câncer de tireoide, próstata, e linfomas, em tumores neuroendócrinos e em metástases ósseas. Existem anticorpos e outros compostos que são absorvidos com avidéz por certos tumores. Nesses casos, é possível acoplar a eles isótopos radioativos que serão capturados pela massa tumoral.

Quimioterapia: A quimioterapia é um tratamento que introduz medicamentos, chamados de quimioterápicos, na circulação sanguínea, para combater as células doentes que formam o tumor. O tratamento pode ser administrado por via oral (pela boca): o paciente ingere pela boca o medicamento na forma de comprimidos, cápsulas e líquidos. Intravenosa (pela veia): a medicação é aplicada diretamente na veia ou por meio de cateter (um tubo fino colocado na veia), na forma de injeções ou dentro do soro. Intramuscular (pelo músculo): a medicação é aplicada por meio de injeções no músculo. Subcutânea (pela pele): a medicação é aplicada por injeções, por baixo da pele. Intracranial (pela espinha dorsal): menos freqüente, podendo ser aplicada no líquido (líquido da espinha), pelo próprio médico ou no centro cirúrgico. Tópico (sobre a pele ou mucosa): o medicamento (líquido ou pomada) é aplicado na região afetada.

Hormonioterapia: A hormonioterapia é um tratamento que utiliza remédios para bloquear a ação de hormônios e evitar que eles estimulem as células do câncer a crescer. Sua forma de administração pode ser através de comprimidos ou através de injeções debaixo da pele. É um tratamento muito utilizado no câncer de mama e de próstata. No câncer de mama, pretende bloquear os efeitos do estrogênio e no câncer de próstata, pretende bloquear os efeitos da testosterona.

Terapia Alvo: É um tipo mais novo de tratamento que usa drogas ou outras substâncias para identificar e atacar especificamente às células cancerígenas, bloqueando sua multiplicação, e conseqüentemente, provocando poucos danos às células normais.

Transplante de medula óssea: É um tipo de tratamento que tem como objetivo reconstituir a medula doente. Ele consiste na substituição dessa medula deficitária por células normais de medula óssea.

É um recurso utilizado para que doses mais altas de radioterapia e quimioterapia, sejam aplicadas para matar as células malignas, sem provocar danos irreversíveis nas células normais. Existem dois tipos de transplantes, que são:

Autólogo: quando o doador da medula é o próprio receptor (paciente).

Alogênico: quando o doador é uma outra pessoa compatível imunologicamente com o receptor.

Imunoterapia: Ela promove a estimulação do sistema imunológico, por meio de substâncias modificadoras da resposta biológica, contra as células malignas. A finalidade do tratamento é fazer com que o sistema imune do paciente reconheça o tumor e o elimine.

Ablação por radiofrequência: Radiofrequência é um tipo de energia elétrica, que quando aplicada gera calor por um período de tempo específico, resultando na queima dos tumores. Este tratamento é muito utilizado em metástase do câncer do cólon ou reto e câncer do fígado.

Crioterapia: É a utilização do frio com finalidades terapêuticas. O tratamento consiste na introdução de uma substância congelante, como o nitrogênio líquido ou o gás argônio, através de uma agulha, estando o paciente sob anestesia. É um tratamento muito utilizado no câncer de rim e próstata.

2 – Incidência de Câncer no Brasil

O monitoramento de estimativas do câncer é um indicador importante, pois está diretamente relacionado com a prevenção da doença, visto que o crescente número de casos faz com que não haja recursos suficientes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A consequência do não levantamento e tratamento deste indicador são mortes prematuras e desnecessárias. Com o monitoramento de estimativas, é possível implantar medidas preventivas para redução da carga do câncer, como: as estratégias para o controle do tabagismo, relacionado ao câncer de pulmão, entre outros; a promoção da alimentação saudável, para a prevenção dos cânceres de estômago e intestino, entre outros; a vacinação para Papilomavírus humano (HPV) e hepatite, contra o câncer do colo do útero e de fígado. De igual modo, a adoção de estilos de vida mais saudáveis, como uma alimentação adequada e a prática de atividade física, permite um melhor controle dos cânceres de mama, próstata e intestino.

No Brasil, segundo o Inca, a estimativa para os anos 2014 e 2015 aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população

brasileira no período citado, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide.

Gráfico 1

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%	Homens 	Mulheres	Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.980	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2014

3 – O peso cultural de uma doença estigmatizada

O homem é um ser sociável e, como tal, é regido, geralmente, pela cultura da sociedade na qual está inserido. Assim sendo, o peso do valor cultural pode influenciar, e muito, no comportamento pessoal de um indivíduo, o que inclui condutas comportamentais, tomadas de decisão e, no âmbito subjetivo, posturas emocionais. Conforme ilustra Betioli (2008, p.7):

A interação, por seu turno, pressupõe uma previsão de comportamento, ou de reações ao comportamento dos outros(...) Cada um age orientando-se pelo provável comportamento do outro e também pela interpretação que faz das expectativas do outro com relação a seu comportamento. (Betioli, 2008).

A partir de tal perspectiva, depreende-se que, para a maioria, o coletivo social rege uma influência direta no comportamento individual. Portanto, se determinada postura é bem aceita socialmente, tende a repetir-se no todo, da mesma forma, se negativa for, tende a ser repudiada.

Esse padrão estende-se a todos os âmbitos da vida, incluindo no nível que permeia o âmbito da saúde. Na antiguidade, por exemplo, quando o contágio de lepra — atualmente conhecida por hanseníase — era comum e constituía-se doença incurável, medidas extremas eram tomadas em relação aos infectados com a mesma; aquele que contraísse tal doença era socialmente desprezado e exilado, era malvisto pelo restante dos indivíduos e era deixado no leprosário até a morte, podendo esta levar anos para chegar. Outro exemplo pode ser encontrado no século passado, quando a tuberculose também era comum e possuía um alto índice de óbitos em sua conta, nesta época, um indivíduo que fosse acometido de tal doença, também era evitado e estigmatizado.

Não obstante, ainda na atualidade, há uma gama de doenças que carregam seus portadores de estereótipos, entre elas, encontra-se o câncer. Apesar de se tratar de uma doença que não apresenta nenhum risco de contágio, é tratada, muitas vezes, como se assim fosse. E mesmo quando não é este o caso, o paciente é visto com “pena”, como se estivesse em decadente deterioração irreversível e sentenciado à morte. Tudo isso gera no

portador da doença uma negativa carga emocional, pois, como ser integrante de uma sociedade, sente-se, de certa forma, excluído da mesma.

Muitos avanços científicos e tecnológicos, no que diz respeito ao tratamento do câncer, ocorreram no século XXI. Apesar de ainda haver um número considerável de pessoas que morrem com a doença, há também um crescente número que a superam. Contudo, a simples menção da palavra “câncer” faz com que muitos se desestabilizem e associem a doença com a morte, como se o diagnóstico fosse uma sentença irreversível.

O professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, André Márcio Murad, em sua entrevista para o portal da UFMG, disse:

Ainda existe um estigma sobre o câncer. Algumas pessoas veem a doença como um atestado de óbito, uma sentença de morte. Mas a medicina evoluiu muito, podemos dizer com muita tranquilidade que o câncer já é uma doença curável, desde que descoberto precocemente. Na fase mais avançada, a medicina também evoluiu bastante. Quando eu comecei a estudar oncologia, na década de 1980, o índice de cura girava em torno de 20% a 25%. Tinha-se, também, uma crença de que a quimioterapia era pior que a doença, porque trazia dores, infecções, diarreia, náuseas e queda de cabelo.

Lembro que quando o paciente morria de câncer, a família pedia que não colocássemos a real causa da morte no atestado de óbito, porque o câncer era visto como algo até mesmo contagioso. As pessoas tinham vergonha do câncer. Hoje, nosso índice de cura está em torno de 50%. Ainda há muito a ser feito, mas a perspectiva é muito boa, graças às mudanças de paradigma no tratamento da doença. (Murad, 2013).

Com base na declaração de Murad (2013), pode-se observar que, até pouco tempo, a doença era algo envolto em tanto tabu que, quando algum indivíduo morria com câncer, a família preferia omitir o motivo do óbito. Muitos casos de câncer acabam por se tornar fatais por conta de um diagnóstico tardio, quando a doença já se encontra em estágio avançado. Isso também contribui para a ideia de doença mortal. O fato de se tratar de uma doença crônica não justifica o simbolismo negativo, uma vez que doenças como hipertensão e diabetes também o são e, nem por isso, são associadas à morte.

Outro fator que corrobora para toda uma carga negativa sobre o câncer reside no fato de que se trata de uma doença que deixa sua marca no paciente, em outras palavras, tratamentos como a quimioterapia, que tem como efeito colateral a queda dos cabelos, por exemplo, deixam, de certa forma, explícito para a sociedade que a pessoa é portadora da doença em questão. Isso já não ocorre com as demais doenças crônicas, que não deixam sinais evidentes, pelo menos não a outrem, de sua existência.

Por fim, muitos parecem não se atentar para o fato de que o câncer não é uma doença única, antes, porém, são mais de duzentas reunidas sob o mesmo rótulo, pelo fato de possuírem comportamentos celulares semelhantes, contudo um indivíduo portador de câncer no pulmão, por exemplo, não possui exatamente a mesma doença de quem tem câncer de pele. São tratamentos diferentes, abordagens diferentes, sem contar que o próprio câncer se comporta de forma distinta em cada caso.

3.1 – Câncer e seus simbolismos

O diagnóstico de câncer, uma doença crônica, culturalmente estigmatizada e com representações negativas, logo quando recebido, desperta conflitos emocionais, como, insegurança, preocupação, medo, sofrimento, raiva, angústia, desespero e uma nova reflexão sobre a vida, que, conseqüentemente, repercute em seu quadro clínico. Essa descoberta provoca uma alteração no contexto familiar, de forma que os familiares, da mesma forma que os pacientes, serão afetados com os estigmas e ao longo do desenvolvimento da doença. Essas representações negativas construídas culturalmente provocam efeitos que podem interferir de forma significativa no curso do tratamento, levando a mudança de hábitos e no enfrentamento da doença.

O câncer, conhecido como “*a doença maldita*” ou “*aquela doença*”, traz um significado de ameaça à vida e é associado a um sofrimento prolongado, onde a morte é tida como um acontecimento praticamente inevitável. A associação de “sentença de morte” que acompanha a doença, não raro, causa um sentimento profundo de angústia, chegando a tornar-se agonia e desalojamento, tanto nos pacientes quanto em seus familiares.

O estigma dessas doenças, ou de enfermidades ditas graves e difíceis de tratar, como, por exemplo, a Aids e as doenças cardiovasculares, tornam-se fonte de ansiedade e, em muitos casos, são muito mais do que uma simples condição clínica; é a obrigatoriedade da vivência de uma nova rotina de vida.

Apesar de todo avanço tecnológico na saúde, na medicina e no desenvolvimento de técnicas e tratamentos, além, da considerável contribuição para o aumento da sobrevivência e qualidade de vida do paciente, o estigma do câncer imprime sua marca na cultura, de forma que o portador da doença, continua temeroso e cheio de representações negativas que parecem não se dissolver.

Ainda há o fato de que nem sempre é só a morte o que se teme, pois há casos em que, mesmo quando se consegue a cura, o paciente fica marcado por sequelas e efeitos colaterais como, por exemplo, amputações. Uma mulher que tem seu seio removido por conta de um câncer de mama pode passar por um delicado momento de baixa autoestima. Ou um paciente que perde a mobilidade das pernas, este tem sua vida e hábitos completamente modificados.

Nem todo câncer possui viabilidade de cura, contudo, ausência de cura não significa morte. É possível conviver com uma doença incurável, com o devido tratamento, sem necessariamente esmorecer por ela.

Há um grande número de casos de câncer cuja cura não é viável, isso contribui, e muito, para reforçar a crença de que a morte é destino certo. Contudo, o fato de um indivíduo ter de conviver até a morte com determinada doença, não significa que morrerá por conta da mesma. Assim como no caso da diabetes, que acompanha seu portador até a morte, mas muito provavelmente não será sua causa, o câncer desprovido de cura também pode ser passível de convivência, desde que se façam os devidos tratamentos.

Faz-se, portanto, necessário salientar a importância de que haja um acompanhamento psicológico para tais pacientes, pois é fundamental a conscientização de que é possível conviver com a doença e, mesmo assim, ter uma vida de qualidade. É evidente que o paciente não terá a mesma vida que possuía antes do diagnóstico, terá de adaptar-se à nova forma de vida, de várias maneiras, porém, com o acompanhamento certo, será possível ter uma vida longa e, por que não, saudável, apesar de tudo.

3.2 – Convivendo com o fantasma do câncer

Conviver com uma doença crônica não é tarefa simples, para que esse processo seja facilitado, a aceitação é o primeiro passo e, com ela, vem o enfrentamento. Por enfrentamento entende-se, aqui, um processo emocional, comportamental e cognitivo visando à adaptação a situações que mudam em cada etapa da doença (PEÇANHA, 2008).

Uma vez que o paciente consiga superar — ou atenuar — os estigmas do câncer, depara-se com um novo desafio, que consiste em adaptar-se a nova vida da melhor forma possível. Verdade é que não mais possuirá as mesmas rotinas de antes; terá de seguir a dieta alimentícia prescrita, frequentemente terá de locomover-se até o local onde recebe tratamento e, dependendo do tipo de câncer que o tenha acometido, terá de submeter-se a

uma série de restrições; assim como um diabético se abstém do açúcar. Porém, mesmo com todas as mudanças, dentro dos dados limites, poderá desfrutar de uma vida normal.

Muitos aprendem a enxergar a doença como um meio de superação, um aprendizado sobre a própria existência e a volatilidade à qual está sujeita a vida. Tentar tirar algo bom de uma situação tão delicada e indesejada pode não ser uma tarefa tão simples, mas de forma alguma impossível. Frankl (1991), afirma:

Não devemos nos esquecer nunca que também podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana. Quando já não somos capazes de mudar uma situação — podemos pensar numa doença incurável, como o câncer que não se pode mais operar — somos desafiados a mudar a nós próprios. (Frankl, 1991).

Nesse sentido, o objetivo é deixar de lamentar por aquilo que não pode ser mudado e focar na lição que se pode aprender com o infortúnio imposto. Transformar a própria vida, mudar de perspectiva e mudar a si próprio é algo que, em geral, não é fácil nem mesmo para quem não enfrenta nenhum tipo de doença crônica, o que torna o desafio ainda maior para quem é acometido de algum tipo de câncer. Contudo, com um bom acompanhamento psicológico e o devido apoio familiar, é possível atingir o dito objetivo.

A filosofia socrática “conhece a ti mesmo”, transmitida por milênios, pode ser uma das chaves para enxergar a doença com outros olhos, pois:

A doença é potencialmente transformadora, uma vez que ela pode causar uma súbita mudança de valores, um despertar. Se escondemos segredos de nós mesmos – conflitos não examinados, anseios reprimidos –, a doença pode obrigá-los a despertarem.” (Pelletier apud: Ferguson, 1997).

Por conseguinte, o impacto da doença pode gerar no indivíduo a oportunidade de conhecer a si próprio de forma íntima e aprofundada, uma vez que a mesma acaba por despertar angústias e conflitos que permaneceram latentes por anos, mas que nunca foram resolvidos. Portanto, não apenas o indivíduo passa por transformações, mas também passa a conhecer coisas sobre si mesmo que até então seguiam sendo ignoradas.

A reconciliação familiar, em muitos casos, também é algo que, de positivo, pode ser tirado da doença. Não é rara a existência de desavenças e desacordos no seio familiar, pessoas, por muitas vezes, ficam anos sem dirigir a palavra a determinado parente por motivos variados, quando, porém, alguém é acometido de tal intempérie, muitas vezes, ocorrem reconciliações e reaproximações, ao se deixar de lado as diferenças para se apoiar e contribuir para um bem-estar na estrutura familiar.

4 – Os diferentes cuidadores do paciente oncológico

Por muito tempo manteve-se um foco muito grande em tratar o câncer em si, mas esquecia-se da importância de tratar o paciente como um todo. Embora pareça que ambos os casos se tratem da mesma coisa, há uma diferença de cunho considerável. Quando o foco é a doença em si, o paciente fica em segundo plano e tudo o que importa é se o câncer avançou, estagnou ou retrocedeu, se houve resposta positiva aos tratamentos. Por outro lado, quando o paciente é o foco, há uma mudança na abordagem do tratamento, pois, embora se mantenha a intenção de tratar o câncer, o bem-estar, físico e psicológico, do doente passa a ter uma importância muito maior. Assim sendo, o cuidador do paciente passa a desempenhar papel fundamental em seu tratamento, e por cuidador entende-se não somente o médico oncológico, mas também o psicólogo e os parentes encarregados do cuidado pessoal.

4.1 – O médico oncológico

Evidentemente, o tratamento oncológico é fundamental para a saúde do paciente diagnosticado com câncer. Como visto no capítulo anterior, existem diversos tipos de câncer, bem como diversos tipos de tratamentos, sem os quais uma eventual cura se tornaria praticamente inviável. Portanto, principalmente quando há um diagnóstico prematuro, o cuidador oncológico assume papel fundamental na corrida contra o câncer, viabilizando, assim, as possibilidades de cura.

O significativo aumento nos casos de câncer que são curados só é possível por conta do constante avanço no tratamento e no trabalho dos médicos empenhados no combate à doença; sem os mesmos, o câncer seria ainda mais estigmatizado do que já é. É por conta dos profissionais da saúde que existe a possibilidade de cura e/ou a possibilidade de conviver com a doença de forma a atenuá-la através dos devidos tratamentos.

Quando chega às mãos do médico um diagnóstico de câncer de determinado paciente, cabe a ele comunicá-lo. Para tal, há um protocolo usado para a comunicação de informações desfavoráveis – “transmitindo más notícias” – para pacientes com câncer. Sendo um protocolo (SPIKES) direto e prático, é composto de seis etapas que são

seguidas de modo a preparar o profissional que vai comunicar e o paciente que vai receber. Sua utilização favorece a comunicação tornando a difícil tarefa mais humanizada e respeitando o paciente e família no quanto que deseja saber sobre sua doença. A seguir, temos as etapas do protocolo SPIKES:

ETAPA 1: Planejando a Entrevista (S – Setting Up the Interview): É a etapa em que o médico planeja como dará a notícia ao paciente e como responderá às reações emocionais do mesmo. O planejamento engloba desde a forma e as palavras utilizadas até o próprio local físico em que a notícia será dada.

ETAPA 2: Avaliando a Percepção do Paciente (P – Perception): É a etapa em que, durante a entrevista e antes de dar a notícia, o médico, através de perguntas estratégicas, cria um quadro sobre como o paciente percebe a própria situação clínica.

ETAPA 3: Obtendo o Convite do Paciente (I – Invitation): É a etapa que antecede a notícia; é o momento em que o médico, durante a conversa, aguarda do paciente um “convite” para explicitar seu quadro clínico e fornecer-lhe as devidas informações.

ETAPA 4: Dando Conhecimento e Informação ao Paciente (K – Knowledge): É a etapa em que finalmente a notícia é dada, contudo, de forma a causar o menor impacto possível, selecionando de forma pensada o vocabulário a ser empregado, de modo a fazer o paciente compreender o que se fala sem um choque desavisado.

ETAPA 5: Abordar as Emoções dos Pacientes com Respostas Afetivas (E – Emotions): É uma das etapas mais difíceis, pois, ao ouvir a má notícia, o paciente frequentemente se retrai e sua expressão é um misto de sofrimento e dor. Cabe ao médico oferecer-lhe solidariedade e apoio com respostas afetivas que visem atenuar da melhor forma possível o sofrimento.

ETAPA 6: Estratégia e Resumo (S – Strategy and Summary): É o momento em que o médico questiona ao paciente se ele está pronto para discutir os planos para o futuro, caso seja aquele o momento, o médico discutirá e definirá um planejamento conciso para o futuro, isso dará mais segurança e confiança ao paciente para enfrentar a doença que lhe acometerá.

4.2 - O psicólogo e sua importância no cuidado ao paciente

No que concerne à função do psicólogo, várias são as dimensões a serem observadas por este profissional na identificação de fatores estressantes que possam perturbar o processo de enfrentamento da doença pelo paciente, familiares e equipe hospitalar (Costa Junior, 2001). Existe uma relação delicada entre paciente e familiares; paciente e equipe hospitalar; familiares e equipe hospitalar, que podem tanto auxiliar no enfrentamento da doença, como agravar o quadro. Carvalho (2002), ressalta a importância de trabalhar a equipe de profissionais quando, apesar de todo esforço, não consegue alcançar o resultado esperado e o paciente falece. Nesses casos, a equipe fica extremamente abalada, podendo evoluir para quadros de depressão e desistência da profissão.

Por conseguinte, se faz importante compreender o psicólogo enquanto profissional, mas, também, enquanto ser humano, visto que dificilmente é possível separar uma coisa da outra. O psicólogo que se encarrega de cuidar da saúde mental de um paciente oncológico necessita, ele mesmo, antes de tudo, estar preparado psicologicamente para enfrentar o quadro clínico independentemente dos resultados que daí advenham.

A atuação do psicólogo junto ao paciente oncológico é de fundamental importância, pois sua contribuição profissional pode, e muito, ajudar na aceitação e superação da doença e no resgate de sua vontade de viver.

Carvalho (2002) aponta que é fundamental questionar e entender o que o paciente está sentindo, dando suporte às transformações que ocorrem no processo de tratamento, “tendo sempre em mente que estamos cuidando de um ser humano e não apenas da enfermidade que ele traz”.

Nessa perspectiva, o psicólogo funciona como uma espécie de tradutor do que sente o paciente trabalhando suas questões emocionais para um melhor enfrentamento da doença. Peçanha (2008) enfatiza que compreender o funcionamento defensivo de um paciente diagnosticado com uma doença crônica é fundamental para que a assistência multidisciplinar oferecida ao mesmo possa ser compatível com seu modo próprio de lidar com as tensões. Por esse motivo, é essencial que o psicólogo compreenda como funciona o mecanismo de defesa de cada paciente.

Jeammet, Reynaud e Consoli (2000) discorrem:

A regressão. — Trata-se de um mecanismo inevitável, universal, cujas diversas consequências todo médico deve conhecer e compreender. Toda ferida, toda doença geram uma reação de proteção. É uma reação natural a todo organismo se fechar sobre ele mesmo em caso de agressão e de sofrimento. O componente psicológico é evidentemente primordial no homem. Consideramos suas diversas significações na teoria freudiana do aparelho psíquico.

A regressão ocorre com frequência nos casos oncológicos. O uso deste mecanismo vem como uma defesa emocional diante de tanto sofrimento e perdas. Muitos vivem com perspectivas apenas para o presente e um futuro próximo, como se a morte espreitasse na iminência de chegar a qualquer instante.

Trabalhar essa regressão de forma a atenuá-la, em geral, é uma das primeiras funções exercidas pelo psicólogo. Trazer para fora o paciente que se fecha em si mesmo é o objetivo; é preciso fazê-lo enxergar além das limitações e compreender a possibilidade de transcender a doença transformando-a em possibilidades.

Acompanhar o paciente em sua gradual melhora e estar sempre apto a ampará-lo caso haja algum tipo de recaída, cabe ao psicólogo. O fato de um paciente ter superado o medo e a regressão, não significa necessariamente que isso será uma constante, haverá dias em que parecerá que ele regrediu, e é nesses momentos que o psicólogo precisa estar atento, a fim de dar todo o suporte necessário para uma recuperação psíquica sadia.

O psicólogo ao se deparar com pacientes em estado terminal ou fora de possibilidades de cura em ambos os casos, é preciso um controle emocional equilibrado, pois se torna muito mais difícil lidar com a regressão, uma vez que a perspectiva de vida futura falha.

Em primeiro lugar, é sempre importante enfatizar o famoso bordão “*enquanto há vida, há esperança*”, pois há diversos casos de pacientes desenganados que conseguiram superar o câncer juntamente com seu diagnóstico fatalista, driblando, assim, as previsões médicas e vivendo muitos anos a mais do que lhe designaram.

Em segundo lugar, o psicólogo ajudará o paciente a focar na vida que ainda lhe resta e não na morte iminente. Lastimar o fim da vida não facilitará as coisas e, muito provavelmente, não mudará o resultado, por outro lado, se o paciente é conscientizado e preparado para enfrentar a morte da melhor forma possível, sem se isolar ou fechar-se em si mesmo, mas aproveitando o tempo que ainda possui para resolver suas pendências, com

outros e consigo mesmo, tudo será facilitado e, provavelmente, não haverá arrependimentos em sua morte.

4.2.2 – O papel do psicólogo no cuidado à família

É evidente que ao tratar o paciente devemos nos atentar para as necessidades apresentadas pelos familiares mais próximos do mesmo, uma vez que, por questões de laços afetivos, muitos deste sentem-se tão abalados quanto o próprio paciente. Um diagnóstico de câncer não afeta as emoções apenas de quem o recebe, mas também de seus familiares e amigos, sobretudo aqueles que são mais próximos afetivamente, como pai e mãe, filhos e cônjuges, a estes, um acompanhamento psicológico profissional pode fazer toda a diferença.

Além do médico oncológico e do psicólogo, a própria família do paciente, em geral, se configura como um importante e indispensável cuidador. Primeiramente no quesito emocional, pois o acompanhamento de perto e o apoio de entes por quem se mantenha relações afetivas podem contribuir bastante na melhora do paciente, além de ser um suporte de âmbito emocional. Sabe-se hoje que o estado emocional de um indivíduo pode afetar diretamente seu sistema imunológico, bem como sua capacidade de recuperação, daí, também, a necessidade de um suporte familiar, que contribua para a saúde mental do paciente, contribuindo positivamente para sua recuperação.

Em segundo lugar, quando, por exemplo, o paciente se encontra em delicado quadro clínico e necessita da ajuda de familiares para o cuidado diário e constante, é designado um, ou mais, familiar que se encarregue do cuidado físico do doente. Em muitos casos, o familiar acaba por abdicar de sua própria vida para cuidar do paciente, pois muitas são as necessidades deste que podem ser a preparação de refeições, cuidados higiênicos ou transporte.

O paciente, geralmente não consegue se cuidar sozinho, mesmo quando seu vigor físico ainda lhe serve bem, pois conforme o tempo passa, muita ansiedade e desequilíbrio emocional são constantemente descarregados sobre ele. Para Peçanha (2008), infelizmente, é nesse o momento em que o paciente deve tomar decisões críticas a respeito do seu tratamento, sendo indispensável à presença de um parente ou um amigo para acompanhá-lo.

No artigo publicado pela Revista Eletrônica de Enfermagem (2012): *Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de*

possibilidade de cura, encontram-se alguns exemplos que ilustram bem as falas de muitos cuidadores:

A escolha do cuidador nem sempre é uma opção do mesmo, mas um desejo do paciente ou falta de outra opção:
[...] ele sempre cuidou de mim, agora é a minha vez de cuidar dele, é uma forma de retribuir tudo o que fez por mim. (E1); [...] gosto muito de cuidar de pessoas que precisam de ajuda, me sinto mais próxima de Deus. (E3).
[...] ele não fica sem mim, não aceita que outra pessoa cuide dele, então tem que ser eu [...] (E2); Cuidar dela, os filhos e os netos não querem [...] (E4).

Deste modo, podemos depreender que o cuidador nem sempre escolhe cuidar do familiar enfermo, tal escolha pode advir de um consenso do restante dos parentes, ou uma escolha do próprio paciente, que não aceita ser cuidado por outra pessoa, pode também ser por falta de opção, quando não resta mais ninguém pra assumir a função. Há ainda o fator gratidão, quando o cuidador se sente na obrigação de dar assistência a quem sempre o cuidou, que é o caso de filhos que se dispõem a cuidar de pais acometidos pela dita enfermidade.

Ser um cuidador não é fácil em nenhuma situação, porém, quando ocorre um dos casos supracitados, onde a escolha não parte diretamente da vontade própria, o desgaste, físico e mental, do cuidador pode se intensificar consideravelmente, gerando certo desconforto entre o familiar e o doente. O cenário é ainda mais delicado quando o paciente possui idade avançada, pois o cuidado é praticamente dobrado.

A vida pessoal do cuidador também pode acabar sendo negligenciada e/ou esquecida. Dependendo do quadro em que se encontre o paciente, os cuidados podem ser intensificados, o que acaba por tomar quase todo o tempo e atenção do cuidador, que deixa de lado seus próprios afazeres em prol do familiar doente.

Cuidar de um familiar pode ser extremamente desgastante, portanto, é também papel do psicólogo auxiliar lhes dando apoio psicológico e aconselhando-os no que for possível, inclusive sobre cuidados consigo mesmos e atenção indispensável para sua saúde.

Quando o indesejável ocorre e o paciente chega a óbito, a importância do psicólogo se acentua, pois, para muitos, a perda de um ente sob tais circunstâncias pode ser bastante traumática. Muitos acabam desenvolvendo sentimento de impotência ou até mesmo de culpa, o que eventualmente pode gerar quadros de depressão e desestabilidades

no seio familiar. Um bom acompanhamento psicológico desde o início do tratamento do paciente pode ajudar aos familiares no luto.

4.3.1 – Cuidado salutar do familiar

Em decorrência dos desgastes ocasionados em muitos cuidadores profissionais, se faz necessário uma atenção aos mesmos de âmbito salutar, pois podem, eles mesmos, desenvolver doenças, somáticas ou psicológicas, por conta da negligência com a própria saúde, o que não é bom, visto que o cuidador não deve deixar-se adoecer justamente por cuidar da saúde de alguém.

A carga de estresse psicológico também pode contribuir para uma degradação da saúde de quem cuida. Sendo assim, se o cuidador também fica doente e não atenta para isso, deixando que sua situação se agrave, chegará o momento em que ele não poderá mais cuidar do familiar, antes terá de ser também cuidado.

Diferente do cuidador oncológico e psicológico, que, por exigência de suas respectivas profissões, possuem preparos para lidar com o paciente, o cuidador familiar, em geral, é uma pessoa comum, no que tange a relação com doenças crônicas. Assim sendo, este último encontra uma série de desafios em sua empreitada de cuidador. Tais desafios, muitas vezes, permeiam pelo âmbito das reações que o doente tem em relação à própria doença.

5 – Casos reais de pacientes com câncer

Como fora abordado nos capítulos anteriores, muito já se avançou, tanto na ciência quanto na psicologia, para que cada vez mais pessoas pudessem ser curadas do câncer. Hoje não é raro deparar-se com pessoas orgulhosamente levantando bandeiras de campanhas como “Eu venci o câncer”, o que contribui, e muito, para desmistificar o câncer no que tange sua fama de sentença de morte.

Quanto mais as pessoas compartilham suas histórias de como lidaram com o câncer e, em muitos casos, como o superaram alcançando a cura, mais evidente fica que é possível vencer a doença. Isso contribui muito para quem foi diagnosticado com a doença recentemente e está no início da luta contra a mesma, pois é uma forma de incentivo a não desistir da vida e nem esmorecer, pois se outros conseguiram, por que ele também não conseguiria?

Com base nessa perspectiva, foi feito um levantamento de alguns depoimentos de pessoas que foram acometidas com o câncer e, de uma forma ou de outra, conseguiram superá-lo. As declarações a seguir foram retiradas do site do Instituto Oncoguia:

Em maio de 2015, apareceu em minha pálpebra inferior esquerda um carocinho cor de rosa, que pensei ser um terno ou outra coisa simples, não dando importância.

Em 2016 observei que ele tinha se estendido para os dois lados e, às vezes, ficava com a cor mais escura. Em 17 de outubro ele sangrou, aí marquei urgente uma consulta com a minha dermatologista e ela me disse que se tratava de um carcinoma basocelular de pálpebra e que teria que ser operada para a remoção do mesmo e fazer enxerto, no local, com pele detrás da orelha (com cirurgia plástica).

Soube também que este tipo de câncer não metastatiza, mas pode acometer o globo ocular tendo que removê-lo também. Fiz a cirurgia plástica, conforme prevista e graças a Deus o meu globo ocular foi preservado.

O câncer era perolado sem parecer ser câncer, mas era! Fiz a biópsia e foi confirmado o câncer, porém, graças a Deus, com as bordas livres! Foi todo removido, mas se eu demorasse um pouco mais para procurar um médico poderia ter perdido o meu globo ocular.

Mesmo quando aplicamos no rosto, o bloqueador solar, as pálpebras ficam vulneráveis, sem protetor, o que facilita a aparição do câncer. Agora uso óculos escuros também receitados pelos médicos, comprados em óticas conforme receitas, porque os de camelôs são baratos, mas podem nos custar "o olho da cara!" (Ester A.G. Pinheiro).

O caso de Ester se tratava de um tipo de câncer que muito dificilmente a mataria, contudo, como ela mesma relata, por pouco não perdeu o globo ocular.

Fui diagnosticada em 2015, fiz mastectomia, 10 sessões de quimioterapia e 30 de radioterapia.

Dois meses atrás coloquei a prótese de silicone. Agora descobri uma metástase na coluna, sinto muita dor na perna, mas não desisto.

O que me dá força é minha fé e familiares. Não esqueçam, enquanto há vida há esperança. (Andreia).

Com Andreia a situação foi mais delicada, pois assim que superou um tipo de câncer, foi diagnosticada com outro, contudo, seu depoimento deixa claro que desistir é a última coisa que fará.

Como de costume, realizei os exames de rotina. Para surpresa, desta vez, ao receber os exames, notei que havia algo diferente nas conclusões do médico.

Antecipei minha consulta e a médica solicitou uma biópsia. Fiz e aguardei o resultado apreensiva, mas achando que não seria nada grave. Por fim, passaram-se os longos dias até receber o resultado: carcinoma invasivo!

Medo, angústia, dor! Não é fácil receber um diagnóstico de câncer. Hoje essa fase passou e acredito que tudo ficará bem. Fiz mastectomia recentemente e estou fazendo quimioterapia.

Graças a Deus estou bem, apresento poucos sintomas. Agradeço muito a equipe do Oncoguia pelas orientações e em especial a uma linda jovem que me recebeu, escutou minha história e me fortaleceu com suas palavras, com seu carinho e me fez acreditar que tudo passará e eu ficarei bem novamente, assim como ela. (Idenilda Moreira de Miranda).

Idenilda, em sua declaração, evidencia a importância de se ter alguém que apoie e auxilie psicologicamente durante o processo e o tratamento.

Como diria meu pai, não sirvo nem para mau exemplo.

No fatídico 4 de janeiro fui aos exames e no dia 5, por volta de nove horas da manhã, a pancada seca. Você tem câncer e tem que operar, amanhã!

Primeiro pensamento que tive: não vou. Raiva, medo, auto piedade nem nada do gênero, o sentimento que veio foi: poxa, queria fazer tanta coisa, nem vi meu segundo neto ainda e já vou desengomar?

Bem, como a maioria, passei por cirurgia, aceitação, atualmente estou em tratamento quimioterápico e passando por um processo de autoconhecimento.

Aquele cara, do dia 5 de janeiro de 2017, não sei onde foi parar só sei que melhorou a vida. Nunca acreditei que o câncer me venceria, já passei por situações que a maioria não gostaria e eu que provoquei todas elas, isso é o pior.

Costumo dizer que seja qual for o final, eu já venci. Eu decido como vai ser o final, pode ser que ele ganhe a batalha da vida, mas jamais a guerra. Está longe de terminar e para ser bem sincero, minha alma não tem final triste.

Gostaria de poder ajudar muita gente e só tenho a dizer para vocês, meus colegas de moléstia, mesmo diante do anjo que vem nos buscar, não se

curve e não implore pela vida, mostre que a sua passagem neste plano valeu a pena. (Carlos Delgado).

O caso de Carlos serve de exemplo para ilustrar o que foi trabalhado no capítulo anterior, que diz respeito ao enfrentamento da possibilidade de morte sem que haja um rendimento à depressão ou a qualquer lastima.

Você está com leucemia, nós temos que iniciar o tratamento o mais rápido possível.

Foi isso que ouvi no dia 16 de junho de 2016 e a partir daí, vi meu mundo cair, meus sonhos morrerem, os meus cabelos indo embora, fio a fio, minha família segurando a barra e eu ali lutando, meu corpo tão frágil e eu implorando para viver.

Não escolhi passar por isso e não sei o porquê. Talvez nunca saiba a razão de sofrer tanto, mas de uma coisa eu sei: Deus nunca me abandonou, estava sempre ali segurando minha mão. Eu tive muito medo e ainda tenho, mas sei que não estou sozinha. (Jessica Aparecida dos Santos).

Jessica deixa claro que o medo é um companheiro que está sempre presente, porém, ressalta também a importância de sempre manter a esperança e a vontade de viver.

Conclusão

Diante do assunto até aqui discutido, conclui-se que os estigmas que cercam o câncer ainda estão longe de serem erradicados, muito já se avançou, mas ainda há muito a ser feito. Contudo, viver com o “fantasma” do câncer é possível, mesmo quando a cura não é uma possibilidade.

Portanto, o acompanhamento dos cuidadores é de suma importância para o paciente, sendo fundamental em todas as fases de seu tratamento. Um bom acompanhamento psicológico pode somar consideravelmente ao tratamento da doença; a conscientização de que é possível viver apesar de circunstâncias tão danosas é indispensável para uma melhoria psíquica e emocional.

Por fim, a família do paciente assume, também, papel fundamental na recuperação do mesmo. O cuidador familiar, em geral, é aquele que mais está próximo ao paciente durante todo o processo da doença, além de possuir vínculos afetivos, é exatamente aí que reside o limiar entre a recuperação e a degradação, portanto o cuidador familiar assume um papel de grande responsabilidade, tendo em suas mãos grande percentual no auxílio e suporte ao paciente.

O câncer é uma doença crônica degenerativa que causa pânico só de ser mencionada, mas é passível de ser superada e muitos são os que chegam à cura, com os cuidados certos e os acompanhamentos devidos, é, sim, possível redescobrir a vida na convivência com os “fantasmas” do câncer.

Referências

BETIOLI, Antônio Bento. **Introdução ao direito: lições de propedêutica jurídica tridimensional**, 10ª ed., São Paulo: Saraiva, 2008

BIFFI, RG, Mamede MV. **Dinâmica familiar: percepção de famílias de sobreviventes de câncer de mama**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):131-9.

FERGUNSON, M. **A conspiração aquariana**. 11.ed. Rio de Janeiro: Record: Nova Era,1997.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia para todos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

GLOBOCAN, 2012 – **Estimated Case of Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide**. in 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 10 de jan de 2018.

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 24 out 2015.

Instituto Oncoguia. Acesso em: <www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer/12/1/>. Disponível em: 18 de fev de 2018.

MALUF, Fernando Cotait; BUZAID, Antonio Carlos; VARELLA, Drauzio. **Vencer o câncer**. São Paulo: Dendrix, 2014

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=393:cancer&Itemid=539>. Acesso em: 24 out 2015.

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer: Recursos de enfrentamento da trajetória da doença.**
In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus,
2008.

PORTAL IG/BBC BRASIL. **Sedentarismo mata tanto quanto cigarro.** <
<http://saude.ig.com.br/2012-07-18/sedentarismo-mata-tanto-quanto-cigarro.html>>.
Acessado em 25 out 2015.

RZEZNIK C, Dall'Agnol CM. **(Re) descobrindo a vida apesar do câncer.** Rev Gaúcha
Enferm. 2000;21(nesp):84-100.

TAVARES, JSC, Trad LAB. **Metáforas e significados do câncer de mama na
perspectiva de cinco famílias afetadas.** Cad Saúde Pública. 2005;21(2):426-35.

www.inca.com.br