

O PACIENTE CANCEROSO

MILTON PECIS ABRAMOVICH *
RENATO LUIS AMARAL **

SINOPSE : Análise da experiência clínica e cirúrgica com pacientes cancerosos. Destaque especial dos aspectos principais do «informar» ao paciente da verdade sobre sua afecção e relação com o ambiente familiar. Importância da necessidade de um preparo adequado do médico em formação.

... o ser humano no físico e no psicológico, projetado em seu ambiente, não pode ser fragmentado sem destruir-se como tal...

“O paciente canceroso” é ainda, como a afecção causal, um sugestivo campo de investigação. Pensando assim e nas difíceis “perguntas sem respostas” que nos fazemos e que nos fazem, é que resolvemos reunir duas experiências — a do clínico e a do cirurgião — aparentemente independentes, e relatar comparando descritivamente o que consideramos de mais importante. A aparente independência existente entre uma experiência clínica e cirúrgica, é na realidade de interatuação e interdependência, situação plenamente integrativa em função do núcleo que é o paciente. Evocar fatos vivenciados, seja talvez a melhor técnica de evitar extrapolações perigosas ao enfocar psicodinamicamente o problema.

Temos que considerar que o simples pronunciar da palavra câncer provoca um impacto que se soma à agressão física que a enfermidade provoca sobre a psicologia do indivíduo, e que repercute na constituição do trinômio: **o paciente — seu núcleo familiar e o médico**. Trinômio este circundado por complexos mecanismos ansiosos que são consciente ou inconscientemente postos em ação, atuando por si e por interação entre as parcelas. É compreensível que isto ocorra, pois de imediato há uma íntima vinculação com a angústia da morte. Para Freud isto ocorre porque, por carecer de experiência prévia, não existe representação da morte no inconsciente, por isto a tendência é a de **negá-la!**

* Professor Assistente do Serviço de Gastroenterologia da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre. Professor Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS.

** Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS.

Aspectos psicológicos do câncer foram evocados por muitos e de há muito. Em 1926, Hoffmann, considerando a epidemiologia, chama a atenção sobre a coincidência da elevada mortalidade por câncer nos pacientes com transtornos neuróticos. Já em 1931 Foque salientou sua crença na existência de numerosos agentes cancerígenos, mas que o importante é a célula estar “receptiva” e nesta etapa interviria com muita importância o estado psíquico. Antes destes já Galeno sustentava que as mulheres “melancólicas” eram mais propensas a contrair esta doença do que as de “temperamento sanguíneo”. Tememos em sublinhar estas considerações, mas não podemos deixar de transmitir o pensamento histórico da questão.

O que temos a reforçar é a grande importância do psiquismo na evolução do processo. Pois, “o como” vive sua doença é um elemento base para o entendimento do doente. Ao sentir que “algo” existe no organismo, cria-se uma série de pensamentos e atitudes que estão em relação direta com a prévia estrutura psicofísica, edificada durante toda a vida. Talvez aí esteja a explicação para as diferentes formas de reagir aos sintomas e aos sinais, provocando a maioria dos diagnósticos tardios. Incluímos neste grupo até os portadores de lesões que não poderiam ser ignoradas (face, cavidade bucal, pele, etc.).

Para estes indivíduos é “preferível” não valorizar, para magicamente evitar o diagnóstico. Neste sentido Cobb crê que o paciente é responsável pelo atraso somente em 50% dos casos, descartando os 12 a 14% em que a enfermidade não provoca sintomas, restando os 35% que “procuram” auxílio imediatamente.

Nesta área cabe comentar o cuidado e o valor das **campanhas de esclarecimento público**. Há vantagens e inconvenientes! Enquanto os conceitos divulgados forem simples e claros, em linguagem acessível e completa, será um elemento útil para atrair o paciente. Do contrário informações que permitam distorção, servem até como elemento para afastá-lo, pois podem reforçar tendências pessoais, que vão desde a cancerofobia até a completa negação da doença. Isto porque as idéias específicas sobre câncer podem ser irracionais, pois os piores medos são os de natureza desconhecida...

Ao lado destes principais aspectos reais e fantasiosos desenvolvidos pelos pacientes, existe o problema do **treinamento** na formação médica. O para nós ainda existente, é quase que exclusivamente o de “busca de lesão”! Isto contribui cada vez mais para considerar a enfermidade como um problema específico de uma área do organismo, em vez de considerá-la uma doença geral. A cancerologia é um campo máximo de estruturação da lesão. É constituída pelos pacientes mais “orgânicos” possíveis. Mas não podemos esquecer que todo o **câncer tem seu dono**...

Parece-nos que o termo câncer atinge também o médico, talvez num mecanismo de identificação. Foi observado que diminui em muito a frequência dos alunos quando o grupo de trabalho é sobre neopla-

sias ... Também foi verificado em um dos nossos grupos de estudos, a dificuldade de prosseguir num trabalho de investigação sobre a história emocional dos cancerosos, devido à grande ansiedade que o abordar tais problemas, trazia aos alunos.

O descrito até aqui conduz à compreensão de quão difícil é para o paciente e para o médico viver tal situação. Dificuldade que aumenta, quando com frequência surge o dilema de dizer ou não ao paciente, a verdade sobre sua enfermidade. Em pensando como Sartre, que morre antes quem sabe que vai morrer, somos mais inclinados a nesta área, e tão somente nesta, usar o "jôgo da meia verdade" com o paciente. Naturalmente não existem regras fixas e pensamos que o mais importante é **deixá-lo falar**, dando-lhe oportunidade de expressar sua própria interpretação sobre sua doença, permitindo descarregar sua angústia e corrigindo apenas os erros mais graves e/ou prejudiciais do seu pensamento.

Em quase dez anos de prática médica achamos que 30% "poderiam" nos chegar sabendo da verdade, mas destes só 1% reconhecem-na. Dez por cento, no entanto, inicia solicitando que sejamos francos, pedindo a verdade "por mais dura que possa ser", mas estes, com este tipo de comportamento na primeira consulta, deixam de perguntar quando o diagnóstico se confirma. Parece que todo o paciente detecta seu diagnóstico, conhece a sua doença, muitas vezes não em um nível consciente, mas sim através de uma indubitável percepção inconsciente. Mesmo que a negando sistematicamente.

Agindo assim, isto é, deixando expressar-se livremente, damos ao paciente a oportunidade de **comunicar-se**, pois as energias de adaptação estão ocupadas com a enfermidade.

Não há necessidade de se informar **além do que realmente êle deseja conhecer**. Evitar super-explicações, pois põem em evidência a própria insegurança do médico. Deve haver "escolha de termos", explicações "suaves", para nós, por exemplo, substituindo a palavra tumor por outra como cisto... Também não dispensamos o exame físico e "alguns" exames complementares, mesmo que o diagnóstico esteja feito ou assim nos seja encaminhado. "Nada ter a fazer" é sinal de gravidade, de ameaça para o paciente. Há necessidade de o indivíduo "saber" o que tem, mesmo que não seja verbalizado e seja apenas expresso pelos exames laboratoriais; é importante para a aceitação da sequência terapêutica.

Com este encaminhamento, aumentam as possibilidades de estreitamento da situação transferencial, facilitando o trabalho de atendimento. O perigo é maior quando o diagnóstico é súbito e surpreende. Porém a confirmação diagnóstica, depois de um longo exame, já encontra o paciente "preparado", pois as capacidades de adaptação são múltiplas.

Muitas das dificuldades se assentam também em conceitos popularmente mal formulados, como o da sinonímia — câncer e incur-

bilidade — superpondo a idéia de câncer com morte inevitável, ou ainda, que “mexendo (tratando) é pior”. Há necessidade de, para cada paciente, clarearmos, se necessário até os aspectos histológicos, principalmente em se tratando de lesões benignas, ou mesmo malignas, mas passíveis de sobrevida razoável, se tratadas adequadamente. Assim agindo pensamos evitar uma fantasia de parte do paciente, qual seja a da entrega passiva, que pode decorrer proveniente do medo da morte, e da impotência de anular a mesma.

As respostas psicológicas que ocorrem em um paciente canceroso, não são paralelas à gravidade, mas mantêm estreita relação com a personalidade pré-morbida. Para muitos o saber, fará com que sofram mais e vivam menos e pior.

Comunicar ou não a verdade, pode estar ligada à idéia de que o paciente ao saber-se canceroso, participaria diferentemente da vida. Aitken-Suan e Easson, estudaram as reações em 231 doentes informados de que eram portadores de câncer curável; 154 mostraram-se conformados em saber a verdade, mas 7% mostraram-se indignados com a franqueza do médico.

O problema reside, como já chamamos a atenção, em dizer ao paciente aquilo que realmente ele deseja saber, mas de uma forma que o auxilie e oriente. Há necessidade de **individualizar** cada situação clínica. Perguntamo-nos sempre e em cada caso, em que ajudaria o conhecimento da verdade.

Como em geral a incidência é maior nas últimas décadas de vida, quando as pessoas voltam a ser dependentes, pensamos que pequena seria a vantagem de se saberem cancerosos. Mas **nos mais jovens ou naqueles com dependentes**, reavaliemos sempre a nossa posição, e dividimos com o responsável mais próximo, a tarefa da informação da verdade. A nossa experiência é a de, em **cem por cento dos casos, os familiares optarem pelo ocultar da verdade**. Também aqui se evocaria o relato histórico de Jones sobre a vida de Sigmund Freud. Após anos cheios de sofrimentos e operações que se seguiram ao diagnóstico do seu câncer, alguém dos seus mais chegados, lhe comentou que a princípio tinham pensado em não comunicar o verdadeiro caráter de sua enfermidade. Freud com indignação teria perguntado: “e com que direito”...

Em muitos casos a verdade pode ser imposta pelas próprias manifestações da doença, como em certos tipos de tumores externos ou com exteriorizações conhecidas pelo paciente.

Nós pensamos que não devemos reforçar os mecanismos de negação, porque pode ser uma séria interferência no tratamento. Sempre nos aproximamos muito da verdade quando tal conhecimento fôr importante para a **participação ativa e efetiva do paciente no seu tratamento**. Exemplificamos: um paciente que é portador de um carcinoma gástrico, localizado, aparentemente livre de metástase, mas que não quer se submeter à cirurgia, “tem medo”. Pode ser de ajuda,

explicar, alertando-o de que é portador de uma úlcera "em vias de transformação", e que a operação pode, em retirando, auxiliá-lo muito.

São nossas observações, de que mesmo informados, isto é, os que já sabem, conseguem em inúmeras vezes, através dos mais diversos mecanismos de defesa **provar a si próprios de que não são portadores de câncer**. Conseguimos tratar colegas com icterícia obstrutiva maligna por quase dez meses com o diagnóstico de "hepatite". Aqui sim, quando a negação em nada interfere no tratamento, com segurança pensamos que estas defesas devam ser fortalecidas a todo custo. A confirmação externa não modificará em absoluto o seu rumo. Acrescentar a verbalização da dolorosa verdade poderá ter um efeito mais invalidante do que a própria enfermidade. O medo é um propagandista paradoxal, pois que pode alertar ou paralisar...

Este esboço de conduta é por nós seguida, qual seja o integrar o paciente com sua realidade, sem desmontá-lo, desarticulá-lo ou fragmentá-lo, conduz à uma consideração unifocal do problema e permite uma diminuição de sua ansiedade. Assim, menos ansioso ou menos deprimido, se alimentará melhor e estará em melhor estado físico enquanto a evolução natural do processo o permitir. Simultaneamente, ao sentir que lhe foi respeitada a característica de ser humano, qual seja a de manter a esperança até o final, estará mais disposto a obedecer as indicações e submeter-se aos tratamentos prescritos.

É uma posição a que fomos levados, é uma atitude médica em que nos colocamos, e que muitos realizam sem perceber, como o personagem de Molière que "falava em prosa sem sabê-lo"...

Um melhor preparo conduziria a um entendimento mais preciso da pessoa do canceroso, revertendo em uma conduta mais segura para com o paciente, que devidamente amparado teria uma menor necessidade de negar aspectos importantes para o seu diagnóstico, ou prognóstico. A incurabilidade existe também em outras doenças, não só neoplásicas. Mas talvez por não evocarem no seu conteúdo, tantos sentimentos de mutilação ou sofrimento, são mais toleráveis pelo paciente e pelo médico.

Câncer é um estado patológico com limites de benignidade à malignidade, incluindo curabilidade. Nos Estados Unidos, em 1960, somente um terço das neoplasias era diagnosticada e curada, hoje, cinquenta por cento o são. Pensando assim, talvez pudéssemos aceitar melhor o paciente, seja qual for o estágio de sua doença, e mesmo quando grave ou ameaçado de morte, lembrar que às vezes nossa tarefa pode ser apenas a de ajudar a encontrá-la.

Seria então possível escrever um outro capítulo e com outro título: **"O NOSSO PACIENTE"**, sem necessidade de qualificá-lo!

SUMMARY : The authors analyse the principles aspects on «the information» to the patient about the trueness of his illness affection and the relation with the familiar environment. They emphasize the need of a suitable preparation in the physician's formation.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ABRAMOVICH, M.P. — Aspectos da psico-patologia digestiva. **A.M.B.: Revista da Associação Médica Brasileira**, 15:103-10, mar. 1963. [Artigo original]
- 2 — ABRAMOVICH, M.P. — Conceito, importância e prática da medicina psicossomática. **Revista de Medicina**, 4:31-4, 1969. [Editoriais]
- 3 — ABRAMOVICH, M.P. — Minha atitude ante o doente canceroso. **Atualidades Médicas**, 5:42-3, fev. 1970.
- 4 — ABRAMOVICH, M.P. — Psicoterapia pelo gastroenterologista. **Revista de Medicina**, 3:115-21, 1968.
- 5 — LIRETTE, W.L. et alii — Management of patients with terminal cancer. II. **Postgraduate Medicine**, 47:202-6, Jan. 1970.
- 6 — MENEZES MARTINS, J.J.; BLAYA, M.; ABRAMOVICH, M.P. — Psicoterapia pelo clínico geral e especialista não psiquiátrico. In: CONGRESSO DA A.M.B., 4º. Porto Alegre, out. 1965.
- 7 — SZYRYNSKI, V. — «Verbal and non-verbal communication in psychotherapy.» In: DUNLOP, E. & WEINSMAN, M.N. — **Psychosomatic medicine; proceedings of the international congress of the Academy of Psychosomatic Medicine**, 1º. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1967. p.49-53. (Excerpta Medica Foundation International Congress Series, 134)
- 8 — TENNEY, V.A. — «A clinical study of the psychosomatic aspects of cancer.» In: DUNLOP, E. & WEINSMAN, M.N. — **Psychosomatic medicine: proceedings of the international congress of the Academy of Psychosomatic Medicine**, 1º. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1967. p.75-84. (Excerpta Medica Foundation Internacional Congress Series, 134)
- 9 — TOURNEY, G. — The physician and the dying patient. **Northwest Medicine**, 68:1133-8, Dec. 1969.

Vig. José Inácio, 615, ap. 2403 — Porto Alegre, RS, Brasil