

# Psico-Oncologia



## Noções Básicas sobre Psico-oncologia

A Psico-Oncologia é uma especialidade da Psicologia e uma sub-especialidade da Oncologia que procura compreender as dimensões psicológicas presentes no diagnóstico oncológico, tais como o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento. No curso apresentaremos um conteúdo teórico de Noções Básicas sobre Psico-Oncologia.

Por que entendê-los?

Significados e interpretações acerca do câncer e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença.

Significado do câncer

- O sofrimento psicológico transcende o sofrimento configurado pela doença em si;
  - Significados atribuídos à doença: foram histórico e socialmente construídos;
  - Há o significado que é singular para cada indivíduo e família.
- 
- “Sentença de morte”: o conceito do câncer ainda permanece associado a sofrimento e morte;
  - Marcas no corpo: cirurgias invasivas e comprometimentos físicos remetem, com frequência, à situação de perda;
  - 400 A.C.: Hipócrates nomeia pela primeira vez o câncer KARKINOS (a morfologia tumoral, com vasos inchados ao seu redor lembrou-lhe um caranguejo);
  - Livro Doença de mulheres: como um mal que mina cotidianamente as

energias, começando pela interrupção da menstruação e culminando na morte, roubando a alma da mulher

- 130 e 200 d.C: Galeno, médico romano, determinou que a doença era incurável.
- Século XIX e primeiras décadas século XX, o câncer era considerado contagioso e associado a falta de limpeza, a sujeira física e moral.
- “Pecados e vícios”, em especial nas práticas sexuais.

“Mal redentor”: O câncer era considerado um castigo através do qual o doente poderia alcançar sua redenção, a libertação dos pecados caso conseguisse suportar com resignação o sofrimento causado pela doença.

- Anos 30 e 40: a argumentação de cunho moral continua em evidência, porém, mesclando-se com hipóteses novas advindas da observação da vida moderna.
- Outros fatores : ingestão de alimentos com produtos químicos, o hábito de fumar, o excesso de trabalho e o aumento de preocupações cotidianas.
- Anos 50: possibilidade de sobrevivência.
- Qualidade de vida • Anos 60, 70:
- Fatores psicológicos em evidência.
- Sofrimento emocional e personalidade
- Histórico familiar

Hábitos da vida, ex: tabaco, amamentação, dietas alimentares...

Cuidado: a forma de interpretar o câncer, pode se voltar para um caráter punitivo.

Fadiga: sintoma é referido como sendo altamente perturbador e um fator limitante na qualidade de vida

- Cuidados com o corpo: também remetem as mudanças e perdas. Ex: manter-se longe do calor do fogo ou evitar a exposição ao sol, não se

machucar ou se cortar, não carregar peso, não fazer esforço ou movimentos repetitivos, dirigir.

A doença é a zona noturna da vida, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem tem dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos deste outro lugar.”

(Susan Sontag, A doença como metáfora)

A cura e a sobrevivência: mitos e verdades

- Crescente número de pessoas que sobrevivem ao câncer;
- Literatura das áreas de oncologia e psiconcologia: predominância do uso do termo sobrevivente sobre o uso do termo cura;
- Sobrevivência: processo que se inicia no momento do diagnóstico e prolonga-se por toda a vida do indivíduo; Conceito de sobrevivência: multidimensional, aspectos físicos, psicossociais e econômicos;
- Qualidade de vida para além das questões relacionadas ao tratamento e aos seus efeitos tardios.

Qualidade de vida

- Fatores psicológicos: significados, relacionamentos afetivos, identidade, medo da recidiva.
- Fatores físicos: comprometimentos físicos.
- Como os fatores se relacionam entre si.

A fertilidade

- Falta de lubrificação vaginal, dor, ondas de calor decorrentes da terapêutica para o câncer de mama e da menopausa precoce, induzida pelo tratamento.

- A disfunção sexual

- Relacionamento com o parceiro

- A perda de uma parte do corpo: vivenciada como um dano ao auto imagem;

Cirurgias invasivas: a amputação do corpo representa uma situação traumática, potencializada pelos significados psicológicos, culturais atribuídos.

- Mastectomia: a mama é um símbolo do corpo que está ligado a identidade feminina.

- Sensação de cura: possibilidade de retomar as atividades anteriores e planejar atividades futuras;

- Há uma busca da reconstrução da identidade, enquanto sobrevivente;

- Experiências traumáticas, como o câncer, causam um sentido de descontinuidade no sentido da identidade;

- Mortes simbólicas – perdas

Sete fases do luto

1. Choque e negação

2. Dor e culpa

3. Raiva

4. Negociação

5. Depressão e tristeza

6. Teste e reconstrução

7. Aceitação

## Trauma psíquico

- Trauma (psíquico): é um acontecimento ou uma situação que pode causar dano a longo prazo ao aparelho psíquico... “O resultado é uma ruptura das defesas contra a ansiedade, e o indivíduo pouco capaz de funcionar normalmente” (GARLAND, p. 705-706, 2005).

## Estresse pós traumático

- Sintomas típicos do síndrome de TEPT: reexperiência, evitamento/distanciamento e agitação.
- O sintoma de reexperiência foi o mais freqüente.
- Flashback: Uma memória involuntária de um fato do passado que parece estar acontecendo no presente.

## Alta e o medo da recidiva

- Alta → ambivalência.
- Sensação de ambiguidade: A alegria de estar vivo colide com o medo contínuo da recidiva.
- Conceito: medo que o câncer possa voltar a progredir no mesmo lugar ou em outra parte do corpo.

## Consequências:

- Comportamento excessivo de verificação e angustia intensa.
- Alteração na percepção de estar doente.
- Comportamentos de procura por segurança.
- Comprometimento do funcionamento mental e cognitivo
- Relação com sintomas de depressão e ansiedade, como TOC e estresse.

## Família

- Quando um familiar adoece, o sistema é afetado;
- Mudança de papéis, dinâmica, rotina;
- Cuidando do cuidador.

## Resiliência

- Originária do latim, a palavra resílio denota retornar a um estado anterior.
- Ressignificação do problema, e não a sua eliminação.
- Não é inata.
- É desenvolvida na presença de fatores de risco e fatores de proteção, e de estratégias de enfrentamento (busca de apoio; ação direta; Reavaliação/planejamento cognitivo).

## Fatores de proteção

- Apoio social, cuidado psicossocial e PICs (ex: grupos de convivência, de apoio psicológico, de artesanato, busca ativa da equipe, ioga, meditação, dança circular).
- Projetos de vida: a capacidade de se projetar além do aqui e agora promove qualidade de vida. → Fazer projetos é ligar-se à vida!

## Atenção primária: instrumentos e dispositivos

- Valorização do vínculo;
- Trabalho interdisciplinar : não estamos sozinhos!;
- Articulação em rede;
- Cuidado longitudinal e no território. Atenção primária: instrumentos e

## Dispositivos

- Visita domiciliar;
- PTS: Projeto Terapêutico Singular;

- Grupos de convivência, apoio psicológico, artesanato, relaxamento, cuidados com a saúde, de mulheres...

## **Oncologia**

A cancerologia ou cancrologia, também chamada de oncologia, é a especialidade médica que estuda os cânceros (tumores malignos) e a forma de como essas doenças se desenvolvem no organismo, procurando seu tratamento.

Cada tipo de cancro tem um tratamento específico: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e outras inúmeras possibilidades, podendo ser inclusive necessária a combinação de tratamentos.

Na oncologia atual é de suma importância o tratamento multidisciplinar, envolvendo médicos (oncologistas, cirurgiões, radioterapeutas, patologistas, radiologistas, etc.), farmacêuticos (citologistas, hematologistas, oncológicos, clínicos, analistas clínicos, etc.), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas e muitos outros profissionais, devido à enorme complexidade da doença e suas diferentes abordagens terapêuticas.

O tratamento oncológico é sempre muito individualizado, sendo importante observar as necessidades e possibilidades terapêuticas de cada paciente. Pode ter intenção curativa ou paliativa (alívio dos sintomas objetivando uma melhora da sobrevida e da qualidade de vida).

O cirurgião oncológico é o médico cirurgião especializado no tratamento de neoplasias de maneira cirúrgica. O rádio-oncologista é o médico clínico especializado no tratamento de neoplasias utilizando radiações ionizantes. O oncologista clínico é o médico clínico especializado no tratamento das neoplasias através da prescrição de quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia que são avaliados e manipulados por Farmacêuticos oncológicos e clínicos.

## **Câncer**

Câncer (português brasileiro) ou cancro (português europeu), também conhecido como neoplasia maligna, é um grupo de doenças que envolvem

o crescimento celular anormal, com potencial para invadir e espalhar-se para outras partes do corpo, além do local original. Há mais de cem diferentes cânceres conhecidos que afetam os seres humanos, mas nem todos os tumores são cancerosos (malignos); tumores benignos não se espalham pelo corpo. Sinais e sintomas possíveis incluem surgimento de uma massa cancerígena, sangramento anormal, tosse prolongada, perda de peso inexplicável, mudança nas funções intestinais, entre outros. Apesar de estes sintomas poderem indicar câncer, eles também podem ocorrer devido a outras doenças.

O uso do tabaco é a causa de cerca de 22% das mortes, evitáveis, por câncer. Outros 10% ocorrem devido à obesidade, uma dieta pobre, falta de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas. Entre outros, estão certos tipos de infecções, exposição à radiação ionizante e poluentes ambientais. No mundo em desenvolvimento, cerca de 20% dos cânceres surgem devido a infecções, tais como hepatite B, hepatite C e vírus do papiloma humano (HPV). Estes fatores atuam, pelo menos parcialmente, na alteração dos genes das células. Normalmente muitas dessas mudanças são necessárias para que o câncer se desenvolva. Entre 5% e 10% dos cânceres surgem por conta de defeitos genéticos hereditários. O câncer pode ser detectado através de certos sinais e sintomas ou por meio de testes de rastreio. Em seguida, geralmente é feita a investigação por imagens médicas e a confirmação pela biópsia. Os benefícios do rastreio do câncer de mama ainda são controversos, mas a detecção precoce através de mamografia é útil para o câncer do colo do útero e colorretal.

Muitos cânceres podem ser evitados ao: manter um peso ideal, comer muitos vegetais, frutas e grãos integrais, ser vacinado contra certas doenças infecciosas, não comer muita carne vermelha processada, evitar ingestão excessiva de álcool, de fumo e demasiada exposição à luz solar. O câncer é frequentemente tratado através da combinação de radioterapia, cirurgia, quimioterapia e terapia dirigida. A gestão da dor e dos sintomas é uma parte importante do tratamento. Os cuidados paliativos são particularmente importantes para os doentes com cânceres em estágios avançados. A chance de sobrevivência depende do tipo de câncer e da extensão da doença no início do tratamento. Em crianças menores de quinze anos no momento do diagnóstico a taxa de sobrevivência de cinco anos no mundo desenvolvido é, em média, de 81%. Nos Estados Unidos a taxa média de sobrevivência de cinco anos é de 66%.

Em 2012, cerca de 14,1 milhões de novos casos de câncer ocorreram globalmente (excluindo casos de câncer de pele que não seja melanoma). A doença causou cerca de 8,2 milhões de mortes, ou 14,6% de todas as mortes humanas, além de um prejuízo anual de 2 trilhões de dólares na economia mundial (dados de 2015). Os tipos mais comuns de câncer nos homens são

de pulmão, próstata, colorretal e de estômago. Nas mulheres, os tipos mais comuns são o câncer de mama, colorretal, de pulmão e cervical. Se o câncer de pele que não for melanoma for incluído no total de novos casos anuais, ele representará cerca de 40% dos registros da doença. Em crianças, leucemia linfóide aguda e tumores cerebrais agudos são os mais comuns, exceto na África, onde o linfoma não Hodgkin ocorre com mais frequência. Em 2012, cerca de 165 mil crianças com menos de quinze anos de idade foram diagnosticadas com câncer. O risco de câncer aumenta significativamente com a idade e muitos cânceres ocorrem mais comumente em países desenvolvidos devido à mudança no estilo de vida e à chegada da terceira idade.

### Etimologia

A palavra "Câncer" em português brasileiro é oriunda do latim cancer, em português: caranguejo, em referência à proliferação de células cancerosas no organismo (metástase), que se espalham pelo corpo de forma semelhante às patas e pinças do caranguejo que irradiam do seu cefalotórax. Em português europeu, o termo cancro é oriundo do latim cancrum.

## Sinais e sintomas

Quando o câncer começa, invariavelmente, não produz sintomas. Sinais e sintomas só aparecem quando a massa cancerígena continua a crescer ou forma úlceras e dependem do tipo e da localização do câncer. Alguns sintomas são específicos, sendo que muitos deles também ocorrem com frequência em indivíduos que têm outras patologias. O câncer é o novo "grande imitador", assim, não é incomum que pessoas diagnosticadas com câncer recebam patologia de outras doenças com sintomas semelhantes.

### Efeitos locais

A massa do tumor (ou a ulceração) podem causar sintomas locais. Por exemplo, os efeitos da massa cancerígena no pulmão podem causar a obstrução do brônquio, o que resulta em tosse ou pneumonia; se ocorrer no pulmão pode causar hemorragia, fazendo com que o paciente passe a tossir sangue; o câncer de esôfago pode causar o estreitamento do esôfago, o que torna o ato de engolir difícil ou doloroso; nos intestinos a hemorragia causa anemia ou hemorragia retal; o câncer colorretal pode levar ao estreitamento ou bloqueio do intestino, o que altera as funções intestinais; na bexiga a ulceração causa a presença de sangue na urina; no útero, a hemorragia vaginal. A massa inicial é geralmente indolor, porém em estádios avançados

podem ocorrer dores localizadas. Alguns tipos de câncer podem causar acumulação de líquido dentro do peito ou no abdômen.

### Sintomas sistêmicos

Os sintomas gerais ocorrem devido a efeitos distantes do câncer que não estão relacionados à propagação metastática, o que pode incluir: perda involuntária de peso, febre, cansaço excessivo e alterações na pele. A doença de Hodgkin, leucemias e câncer de fígado ou rins podem causar uma febre de origem desconhecida persistente.

Alguns tipos de câncer podem causar grupos específicos de sintomas sistêmicos, denominados fenômenos para-neoplásicos, como o aparecimento de miastenia grave na timoma ou hipocretismo digital no câncer de pulmão.

### Metástase

O câncer pode se espalhar a partir do seu local original de propagação através da disseminação linfática para os linfonodos regionais, ou pelo sangue para locais distantes, processo conhecido como metástase. Quando o câncer se espalha por uma rota sanguínea, normalmente se espalha por todo o corpo. No entanto, "sementes" de câncer crescem em determinados locais. Os sintomas de cânceres metastáticos dependem da localização do tumor e podem incluir linfadenopatia, hepatomegalia ou esplenomegalia, dor ou fratura dos ossos afetados, além de sintomas neurológicos.

### Causas

A grande maioria dos cânceres, cerca de 90-95% dos casos, ocorre devido a fatores ambientais. Os 5-10% restantes são devido à hereditariedade genética. Os fatores ambientais englobam qualquer causa que não seja herdada geneticamente, como o estilo de vida, nível econômico e fatores comportamentais, e não apenas a poluição. Entre os principais fatores ambientais que contribuem para a morte por câncer estão o tabagismo (25-30%), maus hábitos alimentares e obesidade (30-35%), além de infecções (15-20%), radiação (tanto ionizante e não ionizante, até 10%), estresse, sedentarismo e poluentes ambientais.

É praticamente impossível determinar a causa de um câncer em dada pessoa, uma vez que a maioria dos cânceres têm várias causas possíveis. Por exemplo, se um fumador desenvolver câncer de pulmão, é provável que a doença tenha sido causada pelo tabagismo; mas visto que qualquer pessoa apresenta uma pequena probabilidade de desenvolver câncer de pulmão, como resultado da poluição do ar ou da radiação, há uma pequena probabilidade de esse câncer ter sido causado por outros fatores. Apesar de muito raramente poderem ocorrer transmissões durante a gravidez e em alguns doadores de órgãos, o câncer geralmente não é uma doença transmissível.

## Produtos químicos

A exposição a determinadas substâncias tem sido associada a tipos específicos de câncer. Estas substâncias são denominadas cancerígenas. O tabagismo, por exemplo, é a causa de 90% dos casos de câncer de pulmão, podendo ser também a causa de câncer de laringe, cabeça e pescoço, estômago, bexiga, rins, esôfago e pâncreas. O fumo do tabaco contém mais de 50 agentes cancerígenos conhecidos, incluindo nitrosaminas e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos. O tabaco é responsável por cerca de uma em cada três mortes por câncer no mundo desenvolvido e cerca de uma em cada cinco mortes em todo o mundo. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão nos Estados Unidos têm espelhado padrões, com o aumento de fumantes seguido por aumentos dramáticos nas taxas de mortalidade por câncer de pulmão. No entanto, a diminuição nas taxas de tabagismo desde a década de 1950 levou a decréscimos nas taxas de mortalidade por câncer de pulmão em homens desde os anos 1990.

Na Europa Ocidental, 10% dos cânceres em homens e 3% de todos os cânceres em mulheres são atribuídos à exposição ao álcool, especialmente em casos de câncer do fígado e do trato digestivo. Acredita-se que o câncer relacionado à exposição a substâncias no local de trabalho possa representar entre 2% e 20% de todos os casos. Todos os anos, pelo menos 200 mil pessoas morrem de câncer no mundo em casos relacionados a seus locais de trabalho. Milhões de trabalhadores correm o risco de desenvolver a doença, como câncer de pulmão e mesotelioma, por inalação do fumo do tabaco ou de fibras de amianto no trabalho, ou leucemia por exposição ao benzeno.

## Dieta e sedentarismo

Os maus hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade estão relacionados com 30% a 35% das mortes por câncer. O excesso de peso corporal nos Estados Unidos está associado ao desenvolvimento de muitos tipos de câncer e é um fator relevante entre 14% e 20% de todas as mortes por câncer. Do mesmo modo, um estudo do Reino Unido, que incluiu dados de mais de 5 milhões de pessoas, apresentou que um maior índice de massa corporal (IMC) está relacionado a pelo menos dez tipos de câncer e é responsável por cerca de 12 mil casos anuais da doença no país. Acredita-se que o sedentarismo possa contribuir para o risco de câncer, não só através do seu efeito sobre o peso corporal, mas também através de efeitos negativos sobre o sistema endócrino e imunológico. Mais da metade do efeito da dieta é devido a supernutrição (comer demais), ao invés da pouca ingestão de legumes ou outros alimentos saudáveis.

Alguns alimentos específicos estão ligados a cânceres específicos. Uma dieta rica em sal está ligada ao câncer gástrico. A aflatoxina B1, que frequentemente contamina alimentos, provoca o câncer de fígado. A mastigação de noz de

areca provoca câncer oral. As diferenças de práticas alimentares podem explicar em parte as diferenças de incidência de câncer em diferentes países. Por exemplo, o câncer gástrico é mais comum no Japão, devido à dieta de alto teor salino da população local, enquanto o câncer de cólon é mais comum nos Estados Unidos. Imigrantes também desenvolvem maior risco em seu novo país, muitas vezes dentro de uma geração, sugerindo um vínculo substancial entre dieta e câncer.

### Infecção

Em todo o mundo aproximadamente 18% das mortes por câncer estão relacionadas com doenças infecciosas. Esta proporção varia em diferentes regiões do mundo de um máximo de 25% na África para menos de 10% no mundo desenvolvido. Os vírus são agentes cancerígenos infecciosos usuais, mas bactérias e parasitas cancerosos também podem ter efeito.

Os vírus que podem causar câncer são chamados de oncovírus. Estes incluem o papilomavírus humano (carcinoma cervical), o vírus de Epstein-Barr, o herpesvírus (sarcoma de Kaposi), a hepatite B e a hepatite C (carcinoma hepatocelular) e o vírus linfotrópico da célula T humana (leucemia de células T). A infecção bacteriana também pode aumentar o risco de câncer, como visto no carcinoma gástrico induzido por *Helicobacter pylori*. Entre as infecções parasitárias fortemente associadas ao câncer estão a *Schistosoma haematobium* (carcinoma de células escamosas da bexiga) e os vermes do fígado, como *Opisthorchis viverrini* e *Clonorchis sinensis* (colangiocarcinoma).

### Radiação

Até 10% dos cânceres invasivos estão relacionadas com a exposição à radiação, incluindo tanto a radiação ultravioleta quanto a radiação não ionizante. Além disso, a grande maioria dos cânceres não invasivos são cânceres da pele que não são melanomas causados por radiação ultravioleta não ionizante, a maior parte proveniente da luz solar. Fontes de radiação ionizante incluem imagens médicas e gás radônio.

A radiação ionizante não é um mutagênico particularmente forte. A exposição residencial ao radônio, por exemplo, tem riscos de câncer semelhantes ao do tabagismo passivo. A radiação é uma fonte mais potente de câncer quando é combinada com outros agentes causadores da doença, como a exposição a radônio, além de tabaco. A radiação pode causar câncer na maioria das partes do corpo, em todos os animais e em qualquer idade. Crianças e adolescentes têm duas vezes mais probabilidade de desenvolver leucemia induzida por radiação que adultos; a exposição à radiação antes do nascimento tem dez vezes mais efeito.

O uso médico da radiação ionizante é uma pequena, mas crescente, fonte de cânceres induzidos por radiação. A radiação ionizante pode ser utilizada para tratar outros tipos de cânceres, mas esta pode, em alguns casos, induzir a uma segunda forma da doença. Também é utilizada em alguns tipos de imagens médicas.

A exposição prolongada à radiação ultravioleta do Sol pode conduzir a melanoma e outras malignidades de pele. Evidências estabelecem a radiação ultravioleta, em particular a onda média não ionizante UV, como a causa da maior parte dos cânceres da pele não melanoma, que são as mais formas comuns de câncer no mundo.

A radiofrequência não ionizante a partir de celulares, transmissão de energia elétrica e de outras fontes semelhantes tem sido descrita como um possível agente cancerígeno pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde. No entanto, estudos não encontraram uma ligação consistente entre a radiação do telefone celular e o aumento do risco de câncer.

#### Hereditariedade

A grande maioria dos cânceres não são hereditários ("cânceres esporádicos"). Cânceres hereditários são causados principalmente por um defeito genético herdado. Menos do que 0,3% da população é portadora de uma mutação genética que tem um grande efeito no risco de câncer e esta causa menos do que 3-10% de todos os casos de câncer no mundo. Por exemplo, certas mutações hereditárias nos genes BRCA1 e BRCA2 ampliam em 75% o risco de câncer da mama, câncer de ovário[51] e de câncer colorretal hereditário sem polipose (que está presente em cerca de 3% das pessoas com câncer colorretal).

#### Agentes físicos

Algumas substâncias causam câncer, principalmente através de seus efeitos físicos, em vez de químicos, sobre as células. Um exemplo proeminente disto é a prolongada exposição ao amianto, um composto que ocorre naturalmente em fibras minerais. Ele é uma das principais causas de mesotelioma, um câncer da membrana serosa que envolve os pulmões. Outras substâncias nesta categoria são wollastonita, paligorskite, lã de vidro e lã mineral, que têm efeitos semelhantes. Materiais particulados não fibrosos que causam câncer incluem o pó metálico de cobalto e níquel e o dióxido de silício (quartzo, cristobalita e tridimita). Normalmente, agentes cancerígenos físicos devem ficar no interior do corpo (tal como por meio de inalação de pedaços minúsculos) e requerem anos de exposição para desenvolver câncer.

É relativamente raro que traumas físicos resultem em câncer. Alegações de que ossos quebrados acabam por facilitar o desenvolvimento de câncer ósseo, por exemplo, nunca foram provadas. Da mesma forma, traumas físicos não são aceitos como uma das causas para o câncer de colo do útero, de mama ou no cérebro. Um mecanismo aceito é o contato frequente, a longo prazo, de objetos quentes com o corpo. É possível que repetidas queimaduras na mesma parte do corpo possam produzir câncer de pele, especialmente se substâncias químicas cancerígenas também estiverem presentes. Beber chá muito quente pode produzir câncer do esôfago. De um modo geral, acredita-se que o câncer surge através de um câncer preexistente que é estimulado durante o processo de reparação do trauma, ao invés de o câncer ser causado diretamente pelo trauma. No entanto, repetidas lesões nos mesmos tecidos podem promover uma proliferação celular excessiva, o que poderia, então, aumentar as chances de uma mutação cancerosa.

É controverso se inflamações crônicas podem causar mutações diretamente. Reconhece-se, no entanto, que a inflamação pode contribuir para a proliferação, a sobrevivência, a angiogênese e a migração de células cancerosas por influenciar o microambiente em torno dos tumores. Além disso, os oncogenes são conhecidos por surgirem em um microambiente inflamatório pró-tumorigênico.

## Hormônios

Alguns hormônios desempenham um papel importante no desenvolvimento de câncer através da promoção da proliferação de células. Os fatores de crescimento semelhante à insulina e as suas proteínas de ligação desempenham um papel fundamental na proliferação, diferenciação e apoptose de células cancerosas,, sugerindo um possível envolvimento na carcinogênese.

Hormônios são agentes importantes em cânceres relacionados ao sexo, como o câncer de mama, do endométrio, da próstata, do ovário e do testículo, além do câncer de tireoide e ósseo. Por exemplo, as filhas de mulheres que têm câncer de mama têm níveis significativamente mais elevados de estrogênio e progesterona do que as filhas de mulheres sem câncer da mama. Estes níveis hormonais elevados podem explicar por que essas mulheres têm maior risco de desenvolver câncer de mama, mesmo na ausência de um gene deste tipo de câncer. Da mesma forma, os homens de ascendência africana têm níveis significativamente mais elevados de testosterona do que os homens de ascendência europeia, além de ter um nível correspondentemente muito maior de câncer de próstata, enquanto que homens de ascendência asiática têm níveis mais baixos de câncer de próstata.

Outros fatores que também são relevantes: pessoas obesas têm níveis mais elevados de alguns hormônios associados ao câncer e uma taxa mais elevada

de certos cânceres. As mulheres que fazem terapia de reposição hormonal têm um maior risco de desenvolver cânceres associados a esses hormônios. Por outro lado, pessoas que se exercitam muito mais do que a média têm menores níveis desses hormônios e menor risco de desenvolver câncer. O osteossarcoma pode ser promovido por hormônios de crescimento.

#### Teratocarcinoma (teratomas malignos)

Teratomas são crescimentos descontrolados de células, que geralmente são compostos de vários tecidos, como cabelos, músculos e ossos, ocorrendo com maior frequência nos ovários (mulheres) e nos testículos (homens). Quando esses teratomas são malignos, eles são chamados de teratocarcinomas, sendo considerados um tipo de câncer.

Teratoma de 4 cm encontrado no ovário de uma mulher. Macroscopicamente pode ser observado cabelo e microscopicamente pode ser observado células do sistema nervoso central.

Nesse tipo de câncer, o tumor não é causado por uma mutação genética, mas sim pelo ambiente externo da célula. Através de experimentos, sendo o mais famoso realizado com camundongos, observou-se que se uma massa de células é colocada no interior de um blastocisto de camundongo, ela vai se integrar ao blastocisto, perder sua malignidade e se dividir normalmente; caso contrário, se ela for colocada em uma outra região, isso pode levar à formação do teratocarcinoma, tornando-se um tumor maligno.

#### Defeitos na comunicação célula-célula

Alguns tipos de tumores podem ocorrer devido a uma deficiência na comunicação entre células. Essa comunicação é responsável por evitar a divisão celular descontrolada que pode dar origem ao tumor. Alguns estudos mostraram que tumores podem ser causados por alteração na estrutura de um tecido e que esses tumores podem ser suprimidos restaurando o ambiente do tecido apropriado.

Esse defeito na comunicação celular pode causar metástases, pois assim como as células embrionárias, as células tumorais não costumam ficar paradas, elas migram e formam colônias, podendo se espalhar por todo o corpo. Uma das proteínas que tem um importante papel na comunicação célula-célula é a caderina, pois ela é responsável pela correta separação das células para formar os tecidos durante a divisão celular, em que as células formam fronteiras e se segregam dentro dos tecidos por meio da alteração de suas forças de ligação. Quando ocorre metástase, essa propriedade se perde, os níveis de caderina ficam abaixo do normal e a força de ligação à matriz extracelular e a outros tipos de células se torna maior do que as forças de

coesão que mantêm o tecido junto. Como resultado, as células se tornam capazes de se espalhar para outros tecidos.

O câncer colorretal é um exemplo em que o tumor é formado pelo defeito na comunicação célula-célula. Sabe-se que a adesão célula-célula desempenha um importante papel na manutenção da homeostase do tecido epitelial; uma desorganização dessa adesão influencia no desenvolvimento da carcinogênese, nesse caso no epitélio do reto. Essa adesão, como dito anteriormente, é favorecida pela caderina; no caso do epitélio retal, é a E-caderina quem exerce esse papel. Durante o processo de formação do câncer é observada uma expressão diminuída da E-caderina ou sua translocação da membrana plasmática para o citoplasma, causando uma desorganização da adesão célula-célula. Essa desorganização da adesão célula-célula pode ser mediada por diversos fatores, como por exemplo a endocitose de E-caderina ou a clivagem do domínio extracelular da E-caderina, resultando na E-caderina solúvel e na liberação do domínio intracelular para o citoplasma. Essa redução na expressão de E-caderina vai indicar um aumento na invasividade tumoral, sendo um tumor mais maligno, e também está correlacionada a um aumento na probabilidade de metástases e na mortalidade do paciente. Também foi descoberta uma relação entre as vias de sinalização celular envolvendo proteínas quinases (PKA) e GTPases, que são responsáveis por regular a organização do citoesqueleto de actina e das junções intercelulares, onde a E-caderina cumpre seu papel.

#### Defeitos nas vias parácrinas

Em outros casos, pode ocorrer um defeito nas vias parácrinas. Nesses casos, células tumorais vão reativar vias parácrinas que são usadas durante o desenvolvimento. Sabe-se, por exemplo, que muitos tumores secretam o fator parácrino Sonic hedgehog (Shh). Shh não age nas células tumorais, mas nas células estromais, fazendo com que elas produzam fatores que suportam as células tumorais. Se a via do Shh é bloqueada, o tumor regride. Se isso não ocorrer, o tumor vai progredir.

Foram descobertos três modelos básicos para explicar o envolvimento da via do Shh na formação de tumores. O primeiro tipo consiste em tumores que contêm mutações nas vias de ativação do Shh e que são independentes da ligação de Shh. O segundo tipo é autócrino e dependente da ligação ao Shh, o que significa que tanto a produção quanto a resposta de Shh são realizadas pelas mesmas células tumorais. Por fim, no terceiro tipo, os tumores são parácrinos e dependentes da ligação ao Shh, nesse caso o Shh produzido pelas células tumorais é recebido pelo estroma, que vai ativar outras vias de sinalização de volta ao tumor, promovendo seu crescimento.

#### Diagnóstico

A maioria dos cânceres são inicialmente reconhecidos por causa de seus sintomas e sinais ou através de exames. Nenhum dos dois leva a um diagnóstico definitivo, que geralmente requer a opinião de um patologista. Pessoas com suspeita de câncer são investigadas com exames médicos. Estes geralmente incluem exames de sangue, radiografia, tomografia computadorizada, endoscopia, entre outros.

### Definição

Os cânceres são uma grande família de doenças que envolvem o crescimento celular anormal, com potencial para invadir e se espalhar para outras partes do corpo. Eles formam um subconjunto de neoplasias. A neoplasia ou tumor é um grupo de células que foi submetido a um crescimento não regulado e, muitas vezes, forma uma massa, mas pode ser distribuído de forma difusa.

Todas as células tumorais mostram as seis características de câncer. Estas são características que as células cancerosas precisam ter para produzir um tumor maligno. Elas incluem:

Crescimento e divisão celular sem os sinais adequados para o fazer;

Crescimento contínuo da divisão celular mesmo quando existem sinais dizendo-lhes para parar;

Anulação da morte celular programada;

Número ilimitado de divisões celulares;

Promoção da construção de vasos sanguíneos;

Invasão de tecido e formação de metástases.

A progressão das células normais para células que podem formar uma massa detectável até o surgimento do câncer definitivo é um processo que envolve vários passos conhecidos como "progressão maligna".

### Cânceres adultos

Nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, o câncer é responsável por cerca de 25% de todas as mortes. Anualmente, 0,5% da população é diagnosticada com câncer. As estatísticas abaixo são para adultos nos Estados Unidos e variam consideravelmente em outros países:

| Homens     |                | Mulheres   |          |
|------------|----------------|------------|----------|
| mais comum | causa de morte | mais comum | causa de |

|                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
|                          |                          |                          | morte[70]               |
| câncer de próstata (33%) | câncer de próstata (10%) | câncer de mama (32%)     | câncer de mama (15%)    |
| câncer de pulmão (13%)   | câncer de pulmão (31%)   | câncer de pulmão (27%)   | câncer de pulmão (12%)  |
| câncer colorretal (10%)  | câncer colorretal (10%)  | câncer colorretal (11%)  | câncer colorretal (10%) |
| câncer de bexiga (7%)    | câncer pancreático (5%)  | câncer endometrial (6%)  | câncer ovariano (6%)    |
| melanoma cutâneo (5%)    | leucemia (4%)            | linfoma não-Hodgkin (4%) | câncer pancreático (6%) |

### Cânceres infantis

O câncer também ocorre em crianças jovens e adolescentes, mas é raro. Alguns estudos concluíram que cânceres pediátricos, especialmente leucemia, estão em uma tendência de aumento de incidência.

A idade do pico de incidência de câncer em crianças ocorre durante o primeiro ano de vida. Leucemia (geralmente leucemia linfoblástica aguda) é a forma maligna infantil mais comum (trinta por cento), seguida pelos do sistema nervoso central e neuroblastoma. Também são presentes o tumor de Wilms, linfomas, retinoblastoma, osteossarcoma e sarcoma de Ewing.

### Biópsia

A suspeita de câncer pode ocorrer por razões diversas, mas o diagnóstico definitivo da maioria dos casos malignos deve ser confirmado através de exame histológico das células cancerosas por um patologista. O tecido pode ser obtido através de uma biópsia ou cirurgia. Muitas biópsias (como aquelas da pele, mama ou fígado) podem ser feitas em um consultório médico. Biópsias em outros órgãos são realizadas sob anestesia e requerem cirurgia em uma sala de operação. O diagnóstico do tecido indica o tipo de célula que está proliferando, sua graduação histológica e outras características do tumor. Toda esta informação reunida é útil para avaliar o prognóstico do paciente e escolher o melhor tratamento. A citogenética e a imuno-histoquímica podem fornecer

informações sobre o comportamento futuro do câncer (prognóstico) e melhor tratamento.

Fisiopatologia

Genética

Exemplo de progressão do câncer/cancro (em inglês)

O câncer é fundamentalmente uma doença causada pela falha da regulação do crescimento de tecidos. Para que uma célula normal se transforme em uma célula cancerígena, os genes que regulam o crescimento e a diferenciação celular têm de ser alterados.

Os genes afetados são divididos em duas grandes categorias. Oncogenes são os genes que promovem a reprodução e o crescimento celular. Genes supressores de tumores são genes que inibem a divisão celular. A transformação maligna pode ocorrer através da formação de novos oncogenes, da sobre-expressão inadequada de oncogenes normais, ou pela sub-expressão ou desativação de genes supressores de tumores. Normalmente, alterações em vários genes são necessárias para transformar uma célula normal em uma célula cancerosa.

Alguns ambientes tornam mais susceptíveis o surgimento e a propagação dos erros genéticos. Tais ambientes podem incluir a presença de substâncias perturbadoras chamadas agentes cancerígenos, danos físicos repetidos, calor, radiações ionizantes ou hipoxia.

A transformação de células normais em câncer é semelhante a uma reação em cadeia causada por erros iniciais, que criam erros progressivamente mais graves, permitindo que a célula escape dos controles que limitam o crescimento do tecido normal. Este cenário de "rebelião" torna-se uma indesejável sobrevivência do mais apto, onde as forças motrizes da evolução trabalham contra a concepção e a execução das ordens do corpo. Depois que o câncer começa a se desenvolver, este processo em curso, denominado "evolução clonal", impulsiona a progressão para estágios mais invasivos. A evolução clonal conduz à heterogeneidade intra-tumor, que complica o desenho de estratégias de tratamento eficazes.

As características desenvolvidas por cânceres são divididas em várias categorias. Seis categorias foram originalmente propostas em um artigo de 2000 chamado *The Hallmarks of Cancer*, de Douglas Hanahan e Robert Allan Weinberg: evasão de apoptose; a autossuficiência em sinais de crescimento; insensibilidade aos sinais anti-crescimento; sustentada angiogênese; potencial replicativo ilimitado; e metástase. Com base em trabalhos futuros, os mesmos autores acrescentaram mais duas categorias em 2011: a reprogramação do metabolismo energético e a evasão de destruição imune.

## Epigenética

Classicamente, o câncer foi visto como um conjunto de doenças que são movidas por anormalidades genéticas progressivas que incluem mutações nos genes e oncogenes supressores de tumores e anormalidades cromossômicas. No entanto, tornou-se evidente que o câncer também é acionado por alterações epigenéticas.

Alterações epigenéticas referem-se a modificações funcionalmente relevantes do genoma que não envolvem uma alteração na sequência de nucleótidos. Exemplos de tais modificações estão em alterações na metilação do DNA (hipermetilação e hipometilação), modificação da histona e mudanças na arquitetura cromossômica (causadas pela expressão inapropriada de proteínas, tais como HMGA2 ou HMGA1). Cada uma destas alterações epigenéticas servem para regular a expressão do gene, sem alterar a sequência de DNA subjacente. Estas alterações podem permanecer através de divisões celulares, passadas por várias gerações e podem ser consideradas epimutações (equivalentes a mutações).

Enquanto um grande número de alterações epigenéticas são encontradas em vários tipos de câncer, mudanças em genes de reparo causam a redução da expressão de proteínas de reparo do DNA, o que pode ser particularmente importante. Tais alterações podem ocorrer no início da progressão para o câncer e são uma causa provável da característica instabilidade genética de cânceres.

Deficiências da expressão das proteínas de reparação de DNA, devido a uma mutação herdada, podem causar um maior risco de desenvolvimento de câncer. Os indivíduos com uma deficiência hereditária em qualquer um dos 34 genes de reparo de DNA têm um maior risco de câncer, sendo que alguns defeitos podem causar uma chance de até 100% de desenvolver câncer (mutações em p53, por exemplo).

Cânceres surgem normalmente a partir de um conjunto de mutações e epimutações que conferem uma vantagem seletiva, levando a uma expansão clonal (ver Neoplasma). Mutações, no entanto, podem não ser tão frequentes em cânceres como as alterações epigenéticas. Um câncer de mama ou cólon comum pode ter cerca de 60 a 70 mutações que alteram a proteína, das quais cerca de três ou quatro podem ser mutações "definitivas", enquanto que os demais podem ser mutações "passageiras".

## Metástase

A metástase é a propagação do câncer para outros locais do corpo. Os novos tumores são chamados de tumores metastáticos, enquanto a massa original é chamada de tumor primário. Quase todos os tipos de câncer podem ter

metástase. A maioria das mortes por câncer ocorrem devido a propagação do câncer, a partir do seu local inicial, para outros órgãos.

A metástase é muito comum nos últimos estágios do câncer e pode ocorrer através do sistema circulatório, do sistema linfático, ou de ambos. Os passos típicos da metástase são a invasão local, o intravasamento para o sangue ou a linfa, a circulação através do corpo, o extravasamento para o novo tecido, a proliferação e a angiogênese. Diferentes tipos de cânceres tendem a ter metástase para órgãos específicos, mas no geral os lugares mais comuns para metástases ocorrerem são pulmões, fígado, cérebro e ossos.

## Tratamento

Existem muitas opções de tratamento para o câncer, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia-alvo e cuidados paliativos. A escolha dos tratamentos que serão utilizados depende do tipo, localização e estágio do câncer, bem como da saúde e dos desejos do paciente. O objetivo do tratamento pode ser curativo ou não curativo.

### Quimioterapia



Uma mulher em tratamento quimioterápico.

A quimioterapia é o tratamento do câncer com uma ou mais drogas anti-neoplásicas citotóxicas (agentes quimioterápicos), como parte de um regime normalizado. O termo engloba uma grande variedade de diferentes fármacos anticancerígenos, que são divididos em categorias amplas, tais como agentes alquilantes e anti-metabólitos. Os agentes quimioterápicos tradicionais atuam matando as células que se dividem muito rapidamente, uma das principais propriedades da maioria das células cancerosas.

A terapia-alvo é uma forma de quimioterapia que tem como alvo as diferenças moleculares específicas entre o câncer e as células normais. As terapias direcionadas bloqueiam a molécula de receptor de estrogênio, o que inibe o crescimento de câncer de mama, por exemplo. Outro exemplo comum é a classe de inibidores de Bcr-Abl, que são utilizados para o tratamento de leucemia mielóide crônica (LMC). Atualmente, não são orientados para câncer de mama, mieloma múltiplo, linfoma, câncer de próstata, melanoma e outros tipos de cânceres.

A eficácia da quimioterapia tem sido amplamente questionada. Em 2004, avaliaram 22 tipos de câncer e foi publicado que tratamentos quimioterápicos eram 97,9% ineficientes nos EUA e 97,7% na Austrália, dando como resultados que "a contribuição geral da quimioterapia citotóxica curativa e adjuvante para a sobrevida em 5 anos em adultos foi estimada em 2,3% na Austrália e 2,1% nos EUA" o que adverte que "a quimioterapia citotóxica só faz uma pequena contribuição para a sobrevivência ao câncer" (ibdem). Recomendando aos departamentos de saúde de cada país que façam melhores estudos para "justificar o financiamento contínuo e a disponibilidade de medicamentos usados na quimioterapia citotóxica" (ibdem), o que exige "uma avaliação rigorosa do custo-benefício e do impacto na qualidade de vida é uma necessidade urgente" (ibdem).

Alguns autores concluem que a eficiência da quimioterapia vai depender do tipo e do estágio do câncer. Em combinação com a cirurgia, a quimioterapia tem se revelado útil em diferentes tipos de câncer, como da mama, colorretal, do pâncreas, osteossarcoma, testicular, do ovário e em certos tipos de câncer de pulmão. A eficácia global varia entre a cura de alguns tipos de câncer, como algumas leucemias, e a ineficácia completa, como em alguns tumores cerebrais, ou ainda pode ser simplesmente desnecessária em outros, como na maioria dos cânceres de pele que não são melanomas.

## Radioterapia

A radioterapia envolve o uso de radiação ionizante para tentar curar ou melhorar os sintomas da doença. Ela funciona ao danificar o DNA do tecido canceroso, o que conduz à morte celular. Para poupar tecidos normais (tais como pele ou órgãos pelos quais a radiação precisa passar para tratar o tumor), feixes de radiação são lançados a partir de vários ângulos de exposição e se cruzam no tumor, proporcionando uma dose absorvida muito maior na massa cancerosa do que no tecido saudável do entorno. Tal como acontece com a quimioterapia, cânceres diferentes respondem de maneiras diferentes à terapia de radiação.

A radioterapia é usada em cerca de metade de todos os casos e a radiação pode ser tanto de fontes internas, na forma de braquiterapia, ou de fontes de radiação externa. A radiação de raios-x é geralmente de baixa energia para o

tratamento de cânceres da pele, enquanto que feixes de raios-x com graus mais elevados de energia são usados no tratamento de cânceres que se desenvolveram dentro do corpo. A radiação é tipicamente utilizada em associação com cirurgias e/ou quimioterapia, mas para certos tipos de câncer, tais como na cabeça e no pescoço, pode ser utilizada isoladamente. Para casos de metástases ósseas dolorosas, a radioterapia provou-se eficaz para cerca de 70% dos pacientes.

### Cirurgia

A cirurgia é o principal método de tratamento de cânceres sólidos mais isolados e pode desempenhar um papel relevante no tratamento paliativo e no prolongamento da sobrevivência do paciente. É tipicamente uma parte importante do diagnóstico definitivo e do estadiamento do tumor, visto que biópsias são geralmente necessárias. A cirurgia de câncer localizado normalmente tenta remover toda a massa, em certos casos, juntamente com os nódulos linfáticos na área. Para alguns tipos de câncer a cirurgia elimina a doença por completo.

### Cuidados paliativos

Os cuidados paliativos se referem ao tratamento que tenta fazer com que o paciente se sinta melhor e podem ou não pode ser combinados com uma tentativa de tratar o câncer. Os cuidados paliativos incluem medidas para reduzir o sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial vivido por pessoas com câncer. Ao contrário do tratamento que visa matar diretamente as células cancerosas, o principal objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida da pessoa. Pessoas em todas as fases do tratamento de câncer devem ter algum tipo de cuidado paliativo para proporcionar conforto. Em alguns casos, as organizações profissionais de especialidades médicas recomendam que as pessoas e os médicos respondam ao câncer apenas com cuidados paliativos e não com a terapia dirigida a cura.

Os cuidados paliativos são muitas vezes confundidos com a chamada "unidade de cuidados paliativos", que é aplicada em pacientes terminais. Os cuidados paliativos na verdade tentam ajudar a pessoa a lidar com as necessidades imediatas e aumentar o seu conforto. Várias organizações médicas recomendam cuidados paliativos logo no início do diagnóstico para pessoas cujo câncer produz sintomas angustiantes (como dor, falta de ar, fadiga e náuseas) ou que precisam de ajuda para lidar com a sua doença. Em pessoas que têm a doença metastática quando diagnosticadas pela primeira vez, os oncologistas devem considerar iniciar os cuidados paliativos imediatamente. Além disso, um oncologista deve considerar um tratamento paliativo em qualquer pessoa que tiver uma estimativa de menos de 12 meses de vida, mesmo se continuar com o tratamento agressivo.

## Imunoterapia

Várias terapias que utilizam a imunoterapia, que são estimulantes que ajudam o sistema imunológico a combater o câncer através do uso de substâncias modificadoras da resposta biológica, entraram em uso a partir de 1997 e continuam a ser uma área de pesquisa muito ativa. Muitos estudos clínicos ligados a ação anti-câncer usando linfócitos T foram aprovados já na fase tardia

A imunoterapia pode ser classificada em "ativa" e "passiva", de acordo com as substâncias utilizadas. Na imunoterapia ativa, substâncias estimulantes e restauradores das defesas do corpo são administradas com a finalidade de intensificar a resistência do organismo ao crescimento do tumor. Na imunoterapia passiva, anticorpos antitumorais são administrados para proporcionar uma maior capacidade imunológica de combate ao câncer. No entanto, a imunoterapia ainda é uma alternativa experimental, sendo que resultados mais conclusivos sobre sua eficácia e aplicabilidade clínica devem ser obtidos antes do seu uso em larga escala.

## Medicina alternativa

Tratamentos complementares e alternativos para o câncer são um grupo diverso de sistemas, práticas e produtos de assistência médica que não fazem parte da medicina convencional. A "medicina complementar" refere-se a métodos e substâncias utilizadas juntamente com a medicina convencional, enquanto que a "medicina alternativa" refere-se a compostos utilizados em substituição de métodos convencionais. Medicamentos complementares e alternativos para o câncer não foram rigorosamente estudados ou testados, em geral, na fase clínica (humanos), devido principalmente esta fase representar altos gastos médios, muitos discutem os valores anunciados médios de U\$ 802 milhões e outros ainda aumentam este valor. De toda forma este sistema convalidatório tem acabado por privilegiar quase apenas fórmulas que tenham exclusividade de fabricação, o que daria aos investidores a garantia de retorno do capital investido e lucro. Por esta razão muitos medicamentos de compostos naturais, fórmulas conhecidas e associações a patentes vencidas, ficam marginalizados, bem como sistemas de tratamento que não represente ganhos compatíveis aos gastos da pesquisa clínica. Alguns tratamentos alternativos têm sido investigados e mostraram-se eficazes e outros ineficazes, e continuam a ser comercializados e promovidos.

Muitos centros de pesquisa tem promovido dietas e mudança de estilo de vida como tendo eficiência anti-câncer com resultados publicados de regressão de câncer em humanos e uma infinidade de estudos pré-clínicos confirmam de forma inversa, as práticas milenares medicinais em humanos, no uso de alimentos e plantas anticancerígenas.

## Terapia de diferenciação

Foi observado que as células cancerosas eram de muitas maneiras reversões para células embrionárias, sendo assim foi hipotetizado que células cancerígenas deveriam reverter para a normalidade se elas fossem estimuladas a se diferenciarem.

No trabalho realizado por Sachs descobriu-se que certas leucemias podiam ser controladas fazendo com que suas células se diferenciassem e não se proliferassem. Uma dessas leucemias, APL, é causada por uma recombinação somática criando um novo fator de transcrição, cujas partes é um receptor de ácido retinoico. A expressão desse fator de transcrição em progenitores neutrófilos faz com que a célula se torne maligna. O tratamento de pacientes com APL usando ácido retinoico trans causa a remissão do APL em mais de 90% dos casos, desde que o ácido retinoico adicional seja capaz de afetar a diferenciação das células leucêmicas em neutrófilos normais.

## Prognóstico

O câncer tem uma reputação de ser uma doença mortal. Como um todo, cerca de metade das pessoas que recebem tratamento para câncer invasivo (excluindo o carcinomas e câncer de pele não melanoma) morrem em decorrência da doença ou do tratamento. A sobrevivência é pior no mundo em desenvolvimento, em parte porque os tipos de cânceres mais comuns nessas regiões são mais difíceis de tratar do que aqueles associados com o estilo de vida de países desenvolvidos. No entanto, as taxas de sobrevivência variam dramaticamente de acordo com o tipo de câncer e com o estágio de desenvolvimento da doença no momento em que ela é diagnosticada. Após o câncer ter metástase ou se propagar para além do seu local original, o prognóstico normalmente torna-se muito pior.

Aqueles que sobrevivem a um câncer têm cerca de duas vezes mais risco de desenvolver um segundo câncer primário em relação à taxa registrada naqueles que nunca foram diagnosticados com a doença. Acredita-se que o aumento do risco deve-se, principalmente, aos mesmos fatores de risco que produziram o primeiro câncer, em parte por conta do tratamento oferecido e a um melhor cumprimento de triagem.

Prever a sobrevivência de curto e longo prazo é difícil e depende de muitos fatores. Os fatores mais importantes são o tipo específico de câncer e a idade e a saúde geral do paciente. As pessoas que são frágeis, com muitos outros problemas de saúde, têm taxas de sobrevivência mais baixas do que as pessoas saudáveis. É improvável que centenários sobrevivam por mais de cinco anos após o diagnóstico, mesmo se o tratamento for bem sucedido. As pessoas que relatam uma maior qualidade de vida tendem a sobreviver mais tempo. As pessoas com baixa qualidade de vida podem ser afetadas por

um transtorno depressivo maior e por outras complicações do tratamento contra o câncer e/ou a progressão da doença. Além disso, os pacientes com pior prognóstico podem relatar uma menor qualidade de vida, porque eles percebem corretamente que a sua condição médica pode ser fatal.

Pessoas com câncer, mesmo aquelas que caminham por conta própria, têm um risco aumentado de coágulos sanguíneos nas veias. A utilização de heparina parece melhorar a sobrevivência e diminuir o risco de formação de coágulos sanguíneos.

## Prevenção

Membros da Corrida Contra o Câncer na Catalunha, Espanha. O sedentarismo pode contribuir para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer

A prevenção é definida como uma série de medidas ativas que podem diminuir o risco de desenvolvimento de câncer. A grande maioria dos casos de câncer ocorrem devido a fatores de risco ambientais e muitos, se não todos, são escolhas de estilo de vida controláveis. Assim, o câncer é considerado uma doença em grande parte evitável. Entre 70% e 90% dos cânceres comuns são devidos a fatores ambientais e, portanto, possivelmente evitáveis.

Mais de 30% das mortes por câncer poderia ser prevenida evitando-se fatores de risco, como tabagismo, excesso de peso/obesidade, dieta insuficiente, sedentarismo, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e poluição do ar. No entanto, nem todas as causas ambientais são controláveis, tais como a ocorrência natural de radiação. Ademais, alguns tipos de câncer são causados por doenças genéticas hereditárias e, assim, não é possível evitar todos os casos da doença.

## Alimentação

Enquanto muitas recomendações dietéticas têm sido propostas para reduzir o risco de câncer, a evidência para apoiá-las não é definitiva. Os fatores dietéticos primários que aumentam o risco são a obesidade e o consumo de álcool; uma dieta pobre em frutas e legumes e rica em carne vermelha também foi apontada, mas não confirmada. Um estudo de 2014 não encontrou uma relação entre consumo de frutas e vegetais e o câncer. O consumo de café está associado a um risco reduzido de câncer de fígado. Estudos têm relacionado o consumo excessivo de carne vermelha ou processada com o aumento do risco de câncer de mama, câncer de cólon e câncer de pâncreas, um fenômeno que poderia ocorrer devido à presença de substâncias cancerígenas em carnes cozidas em altas temperaturas. Isto foi confirmado em 2015 pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, da Organização Mundial da Saúde(OMS), que determinou que a ingestão de

carne processada (por exemplo, bacon, presunto, cachorros-quentes, salsichas) e, em menor grau, carne vermelha, foi associada a alguns tipos de câncer.

Recomendações dietéticas para a prevenção do câncer geralmente incluem uma maior ênfase em legumes, frutas, grãos integrais e peixes, além de se evitar o consumo de carne processada e vermelha (carne de vaca, porco, cordeiro), gorduras animais e carboidratos refinados.

### Medicação

O conceito de que medicamentos podem ser utilizados para prevenir o câncer é atraente e evidências apoiam a sua utilização em algumas circunstâncias definidas. Na população em geral, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) reduzem o risco de câncer colorretal, no entanto, devido aos efeitos secundários cardiovasculares e gastrointestinais, eles causam danos globais quando utilizados para a prevenção. A aspirina também reduz o risco de morte por câncer em cerca de 7%. Inibidores seletivos de COX-2 podem diminuir a taxa de formação de pólipos em pessoas com polipose adenomatosa familiar, no entanto estão associados com os mesmos efeitos adversos dos AINEs. A utilização diária de tamoxifeno ou raloxifeno tem sido demonstrada como eficaz na redução do risco de desenvolver câncer da mama em mulheres com alto risco. O benefício contra danos por inibidor da 5-alfa-redutase, tal como finasterida, ainda não foi confirmado.

As vitaminas não foram provadas como eficazes na prevenção de câncer, embora os níveis sanguíneos de vitamina D estejam correlacionados com um risco aumentado do câncer. A hipótese de que esta relação é causal e que suplementação com vitamina D causa algum grau de proteção ainda não foi comprovada. A suplementação com beta-caroteno aumenta as taxas de câncer de pulmão em pessoas com alto risco. A suplementação com ácido fólico não previne o câncer de cólon e pode aumentar pólipos do cólon. Não está claro se a suplementação com selênio tem algum efeito.

### Vacinação

Foram desenvolvidas vacinas que previnem a infecção por alguns vírus cancerígenos. A vacina contra hepatite B (Gardasil e Cervarix) diminui o risco de desenvolvimento de câncer cervical. A vacina contra o HPV previne a infecção pelo vírus da hepatite B e, conseqüentemente, diminui o risco de câncer de fígado. A administração de vacinas de papilomavírus humano e da hepatite B é recomendada quando tais recursos estão disponíveis.

### Rastreio

Ao contrário de um diagnóstico motivado por sinais e sintomas médicos, o rastreio do câncer envolve esforços para encontrar a doença depois de ter sido formada, mas antes de apresentar quaisquer sintomas perceptíveis. O rastreio pode envolver exames físicos, de sangue, de urina, ou imagiologia médica.

O rastreio do câncer não está atualmente disponível para muitos tipos da doença e, mesmo quando tais testes estão disponíveis, eles podem não ser recomendados para todos os pacientes. A triagem universal ou o rastreio em massa envolve o rastreio de toda uma população, enquanto a triagem prescritiva analisa apenas os pacientes que conhecidamente têm maior risco de desenvolver a doença, tais como pessoas com histórico familiar de casos de câncer. Vários fatores são considerados para determinar se os benefícios do rastreio superam os riscos e os custos de triagem.

### Recomendações

O rastreio do câncer do colo do útero é recomendado em mulheres de até 65 anos de idade que sejam sexualmente ativas e que tenham cérvix.[159] O rastreio do câncer colorretal é indicado através de testes de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia desde os 50 anos até os 75 anos de idade. Não há evidências suficientes para recomendar ou desaconselhar o rastreamento dos cânceres de pele, oral, de pulmão, ou de próstata em homens com menos de 75 anos de idade.

A mamografia para detecção do câncer de mama é recomendada a cada dois anos para mulheres entre 50 e 74 anos de idade. No entanto, uma análise de 2011 da Colaboração Cochrane chegou a conclusões ligeiramente diferentes em relação à triagem do câncer de mama, ao afirmar que a mamografia de rotina pode ser mais prejudicial do que benéfica.

### Testes genéticos

Testes genéticos são recomendados para pessoas com alto risco de desenvolver determinados tipos de câncer. Portadores de tais mutações podem, em seguida aos exames genéticos, passarem a ser alvo de vigilância médica, de quimioprevenção ou de cirurgias preventivas para reduzir o risco de desenvolver a doença no futuro.

### Epidemiologia

Em 2008, cerca de 12,7 milhões de casos de câncer foram diagnosticados (excluindo câncer de pele não melanoma e outros cânceres não invasivos) e em 2010 cerca de 7,98 milhões de pessoas morreram por causa da doença. O câncer causa aproximadamente 13% de todas as mortes anuais, sendo os tipos mais comuns: câncer de pulmão (1,4 milhão de mortes); câncer do estômago (740 mil mortes); câncer de fígado (700 mil mortes); câncer

colorretal (610 mil mortes); e câncer da mama (460 mil mortes). Este câncer invasivo é a principal causa de morte no mundo desenvolvido e a segunda principal causa de morte no mundo em desenvolvimento. Mais de metade dos casos ocorrem no mundo em desenvolvimento.

Foram registradas 5,8 milhões de mortes por câncer em 1990 e as taxas têm aumentado, principalmente devido a uma população mais longeva e por mudanças no estilo de vida no mundo em desenvolvimento. O fator de risco mais importante para o desenvolvimento de câncer é a velhice. Embora seja possível que o câncer surja em qualquer idade, a maioria das pessoas que são diagnosticadas com câncer invasivo tem em torno de 65 anos de idade. De acordo com o pesquisador Robert A. Weinberg: "Se vivêssemos tempo suficiente, mais cedo ou mais tarde todos nós teríamos câncer." A associação entre o envelhecimento e o câncer é atribuída a imunossenescência, erros acumulados no DNA ao longo da vida e alterações relacionadas com a idade no sistema endócrino. O efeito do envelhecimento sobre o câncer é complexo, com uma série de fatores, tais como danos no DNA.

Alguns tipos de câncer de crescimento lento são particularmente comuns. Estudos de autópsias na Europa e na Ásia têm mostrado que até 36% das pessoas não foram diagnosticadas com câncer de tireoide, aparentemente inofensivo, no momento da sua morte e que 80% dos homens desenvolvem câncer de próstata aos 80 anos.

Os três tipos de cânceres mais comuns na infância são leucemia (34%), tumores cerebrais (23%) e linfomas (12%). Nos Estados Unidos o câncer afeta cerca de 1 em 285 crianças. As taxas de câncer infantil aumentaram 0,6% por ano no período entre 1975 e 2002 nos Estados Unidos e de 1,1% por ano entre 1978 e 1997 na Europa. As mortes por câncer infantil diminuíram pela metade desde 1975 nos Estados Unidos.

Em 2016, morreram em Portugal 27.900 pessoas vítimas de cancro, mais 3% do que no ano anterior. O cancro do pulmão foi o que mais matou, seguido do carcinoma do cólon e do reto, o da mama e o da próstata.

Gravura com dois pontos de vista de uma mulher holandesa que teve um tumor removido de seu pescoço em 1689

O câncer tem existido por toda a história da humanidade.[183] O mais antigo registro escrito sobre o câncer é de cerca de 1600 aC, no Papiro de Edwin Smith do Egito Antigo e que descreve o câncer de mama.[183] Hipócrates (cerca de 460 aC - 370 aC) descreveu vários tipos de câncer, referindo-se a eles com a palavra grega *καρκίνο* *karkinos* (caranguejo ou lagostas). Este nome vem da aparência da superfície de corte de um tumor maligno sólido, com "as veias esticadas por todos os lados como o animal caranguejo tem seus pés, de onde

deriva seu nome".Cláudio Galeno afirmou que "o câncer da mama é assim chamado por causa da semelhança imaginária de um caranguejo, em vista dos prolongamentos laterais do tumor e as veias dilatadas adjacentes." Aulo Cornélio Celso (cerca de 25 aC - 50 dC) traduziu karkinos para o latim cancer, que também significa caranguejo, e recomendou a cirurgia como tratamento. Galeno (século II dC) discordava do uso de cirurgia e recomendava purgantes. Estas recomendações em grande parte permaneceram por mil anos.

Nos séculos XV, XVI e XVII, tornou-se aceitável que os médicos dissecassem corpos para descobrir a causa da morte. O professor alemão Wilhelm Fabry acreditava que o câncer de mama era causado por um coágulo de leite em um ducto mamário. O professor holandês Franciscus Sylvius, um seguidor de Descartes, acreditava que toda doença era o resultado de processos químicos e que o fluido linfático ácido era a causa do câncer. Seu contemporâneo Nicolaes Tulp acreditava que o câncer era um veneno que se espalhava lentamente e concluiu que era contagioso.

O médico John Hill descreveu o rapé de tabaco como a causa de câncer de nariz em 1761. Em 1775 o cirurgião britânico Percivall Pott escreveu um relatório onde dizia que um tipo específico de câncer no escroto era uma doença comum entre limpadores de chaminés. Com o uso generalizado do microscópio, no século XVIII, foi descoberto que o "veneno câncer" se espalhava a partir do tumor primário através dos gânglios linfáticos para outros locais do corpo ("metástase"). Este ponto de vista da doença foi formulado pela primeira vez pelo cirurgião britânico Campbell De Morgan entre 1871 e 1874.

A Psico-Oncologia é uma especialidade da Psicologia e uma subespecialidade da Oncologia que procura compreender as dimensões psicológicas presentes no diagnóstico oncológico, tais como o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento. A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia.

A confirmação do diagnóstico oncológico e a realização de procedimentos invasivos durante o tratamento, pode desencadear um desequilíbrio emocional tanto no paciente quanto em sua família. Ocorre uma mudança significativa na vida das pessoas após o diagnóstico de câncer, e tudo isso pode ser concebido como algo ameaçador à integridade física e mental desses indivíduos. O câncer é uma enfermidade ainda repleta de estigmas, associada a morte, e apesar de todo o conhecimento e informações acerca dessa enfermidade, o diagnóstico do câncer tem usualmente um efeito devastador.

Em maior ou menor número, em diferentes momentos do processo da enfermidade, o paciente apresentará algum desconforto frente à essa nova

realidade, independentemente de ter uma rede de apoio (família, amigos, associações, igreja) fortalecida ou uma crença religiosa e o psicólogo apesar da linha teórica que escolher (psicanálise, gestáltica, cognitiva comportamental, dentre outras), juntamente com a equipe competente, precisam prontamente atender as demandas desses pacientes a fim de obter melhores resultados durante o tratamento. Ou seja, o ponto de união desta área é o paciente de câncer. Suas dificuldades, necessidades, problemas precisam ser atendidos, seja facilitando um melhor enfrentamento da doença e permitindo uma convivência melhor com ela, seja melhorando o estado psicológico e este levando a um melhor estado geral orgânico, auxiliando na recuperação e na cura, se possível.

Na atuação do psicólogo juntamente com a equipe de saúde, existe ainda um desafio do trabalho do profissional de psicologia em uma equipe multidisciplinar. A chegada da Psico-Oncologia no hospital é recente e sua função ainda é frequentemente desconhecida ou distorcida. Mas já existem situações em Hospitais onde o psicólogo não só é muito valorizado como também é requisitado pelo corpo médico e equipe de saúde.

Em relação às possíveis causas, ao tratamento, recuperação e cura, apesar de todo o avanço da medicina, do ensino e pesquisa, sem dúvida, ficam claras as lacunas do conhecimento do que realmente ocorre nos processos oncológicos. Não se sabe quais são todos os fatores desencadeantes do processo cancerígeno e quais os fatores curativos. Os mesmos tratamentos não surtem os mesmos efeitos em pacientes com os mesmos diagnósticos e prognósticos, atravessando a mesma fase da doença, a priori o que se pode fazer é o investimento no tratamento e o fortalecimento das redes de apoio bem como a assistência pessoal, psicológica a esse paciente.

A Psico-oncologia é a área da Psicologia que tem como objetivo manter o bem-estar psicológico do paciente com câncer, identificando e compreendendo os aspectos emocionais que interferem em sua saúde e no tratamento. O psicólogo desta área também irá trabalhar os significados do “adoecer” com o paciente, suas expectativas diante do tratamento e a forma como ele compreende este processo como um todo, buscando minimizar então possível sofrimento emocional e mesmo os sintomas físicos, auxiliando ainda na adesão do paciente ao tratamento.

A escuta do psicólogo na oncologia deve estar atenta também para identificar se há ocorrências de psicopatologias, como depressão, transtornos de ansiedade e outros, atuando também no tratamento a estas.

A psico-oncologia se faz presente desde o momento do diagnóstico de câncer, passa pelo tratamento e suas implicações e permanece também ao final do tratamento (possível acompanhamento posterior). Além disso, envolve não só o

paciente, como também os familiares que, neste momento, são de fundamental participação no tratamento do paciente. Assim, o psicólogo deve ter atenção também às expectativas e ansiedades da família, auxiliando no fortalecimento dos vínculos afetivos e esclarecendo dúvidas sobre a doença e o tratamento.

Este esclarecimento sobre a doença e o tratamento também é muito importante para o paciente, que pode sofrer com a ansiedade em não saber informações precisas sobre sua condição e prognóstico. Então o trabalho do psicólogo deve estar muito bem alinhado à equipe de saúde para que ele possa não só transmitir aos demais profissionais informações pertinentes ao tratamento, mas que possa também falar com o paciente de forma acessível e acolhedora. Logo, é importante que, além de ter participação ativa na equipe de saúde, o psicólogo tenha sólidos conhecimentos acerca do câncer e também do quadro específico do paciente.

O trabalho da psico-oncologia não se restringe apenas aos hospitais, mas dependendo dos objetivos, pode ser realizado também em sua clínica ou no atendimento domiciliar caso haja esta necessidade. O trabalho pode ser individual ou em grupo (esta segunda alternativa possibilita a troca de experiências, identificação, altruísmo e outros). São diversas as abordagens psicológicas que se fazem eficazes neste trabalho e o tempo de acompanhamento psicológico será definido de acordo com a necessidade identificada pelo psicólogo.

O cancro leva o doente a estados exaustivos de luta, acompanhados de sentimentos ansiosos, stressantes e depressivos. A psico-oncologia tem um papel fundamental na medida em que aborda os aspetos psicossociais que envolvem o doente com cancro. O doente canceroso vê a doença como uma ameaça uma vez que se associa o cancro ao término da vida. Este artigo tem o intuito de mostrar a importância da intervenção psicológica em pacientes oncológicos bem como nos seus familiares e intensificar o conhecimento sobre a doença.

### **O sofrimento da dor no câncer**

A dor é um sintoma freqüente nas neoplasias malignas. É talvez o sintoma mais temido da doença neoplásica. Existe o conceito popular de que a dor no câncer é terrível e incontrolável. Embora este temor tenha fundamento, é possível reduzir a dor, significativamente, com avaliação e tratamentos adequados. Os sintomas álgicos somam-se às incapacidades primariamente relacionadas à neoplasia e seu tratamento e podem ser causa de insônia, anorexia, confinamento ao leito, perda do convívio social, redução das

atividades profissionais e de lazer. A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam. Este quadro, freqüentemente, resulta em perspectivas emocionais, sociais e econômicas desfavoráveis ao doente e seus familiares.

O câncer é um grupo de doenças com morbidade e mortalidade elevadas e prevalência crescente em nosso meio. No Brasil e no Estado de São Paulo, o câncer é a terceira causa mais freqüente de morte nos dois sexos e a segunda no sexo feminino. Nos próximos 30 anos, o aumento do número de casos de câncer será de 20% nos países desenvolvidos e de 100% nos países em desenvolvimento. Atualmente, mais da metade dos 9 milhões de casos novos de câncer ocorre nos países em desenvolvimento. Agravando este quadro, a falta de acesso da população à informação e a carência de recursos na área da saúde nos países em desenvolvimento, resulta em retardo no diagnóstico da neoplasia. Em cerca de 80% das vezes, o processo patológico só é identificado em fases muito avançadas, quando a doença é incurável e a dor muito freqüente. A dor relacionada ao câncer acomete cerca de 50% dos doentes em todos os estágios da doença e em torno de 70% dos indivíduos com doença avançada.

A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser avaliado. A Sociedade Internacional para Estudo da Dor, em 1979, conceituou dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências traumáticas.

A dor do câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação; em alguns pacientes pode, também, não estar relacionada à neoplasia. O sofrimento dos doentes é produto da interação da percepção aversiva (dor) com a incapacidade física, isolamento social e familiar, preocupações financeiras e medo da mutilação e da morte. Como um fenômeno individual e subjetivo, envolvendo aspectos diversos e complexos, a dor no câncer deve ser avaliada e tratada em seus vários componentes

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de propor diretrizes para o controle da dor relacionada ao câncer, reuniu especialistas que elaboraram o "Guia para Tratamento da Dor no Câncer", já editado em português. Neste manual estão descritos os métodos para o controle da dor. A terapêutica preferencial para o alívio da dor deve ser o tratamento do câncer em si, sempre que possível. Porém, o controle da dor pode exigir medidas

como: cirurgias, radio e quimioterapia. O uso de medicamentos analgésicos, medidas de apoio psicoterápicas e fisioterápicas, bloqueios nervosos, secção de vias sensitivas e estimulação das vias supressoras da nocicepção, são complementares à terapêutica anticancerosa. A utilização de medicamentos analgésicos e adjuvantes é a terapêutica mais freqüente. Preconiza-se o uso preferencial da via oral e a administração dos fármacos em horários pre-estabelecidos e não sob regime de demanda. Propõe-se o uso de analgésicos antiinflamatórios não-hormonais, de opiáceos fracos e opiáceos fortes, nesta seqüência, para dores de intensidade crescente. A estes analgésicos podem ser associados drogas adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes, entre outros). A aspirina, a codeína e a morfina são os analgésicos-padrões desta proposta.

Diversos estudos comprovam a eficácia do programa de alívio da dor proposto pela OMS. Apesar disso, há relatos de que o controle da dor no câncer é ainda inadequado em países desenvolvidos. Indaga-se qual é a situação dos países em desenvolvimento, onde se concentra grande número de doentes com câncer, muito freqüentemente em estágios evolutivos da doença, quando a cura é improvável, onde os recursos financeiros são escassos e a disponibilidade de analgésicos potentes limitada

UTIs modernas são equipadas com os melhores equipamentos que conseguem garantir que o paciente permaneça vivo, mesmo que a respiração seja por ventiladores mecânicos, os rins só funcionem com hemodiálise, a comida chegue por sonda e o paciente permaneça sedado 24 horas por dia para não sentir dor. Se coração e pulmão pararem, médicos e enfermeiros estão a postos para fazer ressuscitação cardiopulmonar.

O paciente não responde mais ao tratamento curativo, os recursos terapêuticos se esgotaram e a doença está simplesmente cumprindo seu ciclo natural. São indivíduos com quadros irreversíveis, na maioria das vezes vítimas de câncer avançado, ou pacientes com sequelas de AVC, cardiopatias graves ou algum tipo de demência como Alzheimer.

Num mundo ideal, eles deveriam ser encaminhados aos cuidados paliativos, que garantiriam mais qualidade de vida. Na prática, permanecem na UTI recebendo tratamentos inúteis e morrem longe do convívio da família. Gastam-se recursos para mantê-lo “vivo”, enquanto outros pacientes que realmente precisariam de uma UTI não conseguem vaga. Isso ocorre por diversos motivos: resistência do especialista em encaminhar o paciente a um médico paliativista, falta de diálogo ou de profissionais capacitados. Outro problema é a falta de leitos disponíveis. Em São Paulo o número não chega a 100 nos hospitais públicos.

## Psico-oncologia pediátrica

Psico-oncologia pediátrica pode ser caracterizada como o campo da psicologia da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento e a manifestação do câncer infantil. Ao tornar o ambiente psicológico do hospital, que tem caráter obrigatoriamente aversivo e impessoal em certas situações, principalmente pela necessidade de higienização e prevenção de doenças, um lugar mais acolhedor, seguro e agradável para a criança o psico-oncologista pediátrico aumenta a adesão e colaboração ao tratamento, torna o paciente mais ativo, e torna a recuperação menos traumática e possivelmente mais rápida.

Toda doença é um capítulo na biografia de um indivíduo, e, de certa forma, apresenta um sentido na história da pessoa, que é dado, conforme as determinantes históricas da vida emocional do paciente. Além do risco da morte, o paciente vivencia diversos lutos decorrentes da doença e das perdas advindas desta. O câncer é uma doença que se destaca para além das outras, devido à premissa popular de significado de morte. Possivelmente, devido a esta crença, o câncer é quase sempre atribuído a uma doença de adultos. Em todas as fases da vida, porém principalmente na infância, o diagnóstico de câncer é vivido como uma enfermidade cruel e secreta. Uma fatalidade que elimina o futuro e aproxima a criança de uma possibilidade de morte completamente inesperada. Derivado da palavra grega Karkinos (caranguejo), a simbologia ao redor da morte é notada, inclusive, na etiologia da palavra câncer. Esta associação entre a doença e o caranguejo, feita primeiramente por Hipócrates - pai da medicina, foi usada devido à descrição das tumorações que pareciam invadir os tecidos vizinhos, de modo parecido com as patas de um crustáceo. Este animal, de caráter noturno e que vive quase sempre em profundidade e invisível, se desloca de maneira rápida e característica: de lado, mal coordenado e imprevisível. Quando aprisiona uma presa, o caranguejo apodera-a em suas presas e a tortura até a morte.

### **Como lidar com uma pessoa com câncer?**

Acessórios para a careca são os melhores amigos de quem está em tratamento! Além de proteger a cabeça do sol forte ou do frio, ainda dão um up no visual! Os homens podem valorizar o visual com um boné, chapéu, boina ou – por que não – uma peruca ou prótese capilar. A maioria dos homens prefere não arriscar e opta por utilizar bonés e chapéus – que podem ser bem estilosos, por sinal.

Já a mulherada tem uma infinidade de acessórios possíveis: lenços, turbantes, arcos, faixinhas, perucas, próteses capilares, apliques de franja...

Durante o tratamento, a pele fica super abalada: a maioria das pessoas sente-a ficar bem ressecada e fininha. Por isso, um bom creme hidratante ajuda e muito! Os mais indicados são os com ureia na composição e, de preferência, sem perfume (caso a pessoa esteja suscetível a enjoos!). Durante meu tratamento, eu usava dois: o Ureadin e o de glicerina da Granado (linha bebê).

Outro ótimo presente é um protetor solar poderoso – FPS30 ou mais. Durante o tratamento a pele fica ainda mais sensível ao sol, por isso é importante usar protetor solar diariamente – o que todos nós (não fazemos) deveríamos fazer, né? Existem várias marcas no mercado – as que eu mais gosto são as da linha da Episol e da Vichy com cor. Eles ajudam a uniformizar o tom da pele, dispensando o uso de bases durante o dia, e deixando a pele com um tom saudável.

A maioria das mulheres adora maquiagem – e, durante o tratamento, ela é uma aliada muito bacana para dar aquele tapa no visual

Outros bons presentes de maquiagem são: corretivo, batom, sombra marrom opaca + pincel chanfrado (dupla dinâmica multiuso – dá para fazer de delineador e também pintar a sobrancelha).

Uma boa leitura é sempre um ótimo presente! Para quem está em tratamento, um livro bacana pode ser, além de uma boa companhia, uma inspiração.

Cuidado com o sol - Marque o passeio em horários em que o sol não esteja muito forte, pois quem está em tratamento não pode se expor nos horários mais críticos. Combine com outro amigo de dar de presente o protetor solar, assim vocês garantem o passeio

Nada de exercícios - Mesmo que fazer uma trilha na mata seja uma aventura linda, não é o passeio adequado para quem está com a imunidade baixa – e, provavelmente, com pouco fôlego. Escolha passeios que exijam o mínimo esforço físico dos participantes – mesmo que a pessoa fosse um super atleta

Ar livre, por favor - Não marque encontros em locais fechados e com grande circulação de pessoas – para quem está com a imunidade baixa, esses locais são um ótimo local para pegar uma pereba oportunista! Piqueniques, passeios no sítio, almoço no terraço e até aquele churrascão na laje são melhores opções do que ir ao cinema em sessões lotadas ou ficar andando pelo shopping

Há coisas que não devem ser ditas, em especial para quem sofre de câncer. Nesse caso, ações e ofertas de ajuda muitas vezes valem mais que palavras de esperança.

É importante que os pais acalmem as crianças e esclareçam logo no início do processo que nada que elas ou qualquer outra pessoa tenha feito ou pensado causou o câncer.

À medida que as crianças crescem, elas começam a entender que a doença não foi causada por algo que elas tenham feito ou pensado

Também é importante explicar que o câncer não é como um resfriado ou gripe, não é contagioso e, por isso, não há problema em ficar junto dos outros, abraçar ou beijar.

Os pais também precisam explicar que não vão abandonar os filhos no hospital e que as crianças não vão ficar internadas para sempre.

As crianças mais velhas poderão ouvir falar sobre o câncer a partir de outras fontes, como a televisão ou internet. Então os pais precisam estimular os filhos a compartilhar essas informações.

Os adolescentes podem ter mais dúvidas e ficar mais interessados em saber mais sobre o diagnóstico, geralmente pensando em como a doença pode afetar a vida diária e atividades como escola, esportes e amizades.

Os efeitos colaterais relativos à aparência física também podem se transformar em prioridade para os adolescentes, e alguns deles podem ter um papel maior nas decisões sobre o tratamento.

Em resumo: não importa a idade da criança, o mais importante é que os pais conversem com ela da maneira mais clara possível.

"A chave é julgar menos, aceitar mais. Falar menos e escutar", afirma. "Se faz isso, você terá menos problemas em saber o que é ofensivo e o que não é".

A Psico-Oncologia consiste na interface entre a psicologia e a oncologia. São abordadas questões psicossociais que envolvem também o adoecimento acarretado pelo câncer. Utilizam-se estratégias de intervenção que possam ajudar o paciente e seus familiares no enfrentamento e na aceitação de uma nova realidade, promovendo, assim, melhorias na qualidade de vida (Vianna et al., 2011).

Coordenador: administração do serviço; supervisão aos estágios de Psicologia.  
- Psicólogo assistencial: avaliação, orientação e intervenção psicológica

individual e grupal; atendimento a pacientes e familiares; assistência domiciliar; atendimento e orientações à colaboradores; pesquisa e produção científica; outras.

O Transplante de Medula Óssea (TMO) constitui-se como alternativa no tratamento de diversas doenças hematológicas e autoimunes, quando não há bom prognóstico oferecido pelos tratamentos convencionais. Entretanto, a ansiedade é ainda maior, uma vez que, após o impacto do diagnóstico, o paciente deve decidir junto de seus familiares pela escolha do procedimento (Torrano-Masseti, Oliveira, Santos, Voltarelli, & Simões, 2000).

**Neurocirurgia** O paciente oncológico neurocirúrgico geralmente permanece por um tempo prolongado no hospital e, devido ao quadro fisiológico, as alterações de humor podem ser desenvolvidas, mudanças de comportamento e limitações psicomotoras, entre outros sintomas. Dessa forma, os pacientes necessitam de compreensão, apoio e suporte para enfrentar as dificuldades do tratamento e a longa permanência no hospital. Na instituição-foco do presente trabalho, a equipe da neurocirurgia é composta por médicos, enfermeira, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga e fisioterapeuta, sendo que o trabalho é realizado de forma multidisciplinar e dinâmico. A realização de reuniões semanais, com o objetivo de discutir sobre o estado clínico e prognóstico dos pacientes internados na unidade, auxilia no aprendizado de todos os profissionais e na troca de experiências, pois todos os participantes expõem sua avaliação sobre cada paciente e, no final, discute-se a melhor a conduta individualizada. Dentro dessa equipe, a psicologia tem papel fundamental no tratamento e na reabilitação dos pacientes.

**Orientação aos colaboradores** Com os colaboradores (funcionários) da instituição, a atuação é destinada à orientação para dificuldades de relacionamento profissional, além de demanda pessoal, como transtornos de humor e de ansiedade, dificuldades no relacionamento interpessoal e familiar. Nessa intervenção, o psicólogo procura esclarecer ao colaborador as questões éticas do atendimento, falando sobre o sigilo e sobre a neutralidade, na tentativa do funcionário poder sentir-se a vontade para falar sobre o que deseja, mesmo que esteja diante de um colega de trabalho, profissional da mesma instituição. Treinamentos com equipes multiprofissionais também são realizados a fim de aperfeiçoar o trabalho da Psicologia aos colaboradores.

No passado, acreditava-se que pacientes em tratamento de doenças crônicas, como câncer ou diabetes, deviam manter-se em repouso e reduzir suas atividades físicas. Hoje em dia, só precisam seguir essas orientações se o movimento provoca dor, aumento da frequência cardíaca ou falta de ar. Recentes pesquisas demonstram que a prática de exercícios não só é segura e possível durante o tratamento do câncer, como também pode melhorar a disposição, o corpo e também a qualidade de vida do paciente.

Confira alguns dos benefícios da prática regular de exercícios durante o tratamento:

Manter ou melhorar sua capacidade física.

Melhorar o equilíbrio, diminuindo o risco de quedas e ossos quebrados.

Evitar o atrofiamento dos músculos.

Diminuir o risco de doença cardíaca.

Diminuir o risco de osteoporose.

Melhorar o fluxo sanguíneo.

Tornar o paciente independente para suas atividades cotidianas.

Melhorar a autoestima.

Diminuir o risco desenvolver depressão.

Diminuir as náuseas.

Melhorar o humor e o relacionamento social.

Evitar a fadiga.

Ajudar a controlar o peso.

Melhorar a qualidade de vida.

Embora haja muitas razões para ser fisicamente ativo durante o tratamento do câncer, o programa deve ser baseado no que é seguro, eficaz e agradável para cada paciente. O programa deve levar em conta os programas anteriores de exercícios que o paciente já costumava seguir antes da doença e também seus novos limites. Portanto, o programa de exercícios deve ser adaptado aos seus interesses e necessidades.

O que levar em consideração:

Tipo e estadiamento da doença.

Tipo de tratamento.

Condicionamento físico.

Só inicie a prática de exercícios físicos após liberação de seu médico oncologista, e certifique-se que o profissional que irá elaborar sua rotina de exercícios conhece seu diagnóstico e suas limitações.

## Fadiga e Câncer

A maioria dos pacientes com câncer percebe que tem muito menos energia do que antes. Durante o tratamento, cerca de 70% dos pacientes apresentam fadiga. Esse tipo de cansaço do corpo e do cérebro não melhora com o repouso. Para muitos, a fadiga é intensa e limita suas atividades. A inatividade leva à perda de massa muscular e perda de função.

Um programa de exercícios aeróbicos pode ajudar a fazer você se sentir melhor, podendo inclusive ser prescrito como tratamento para fadiga em pacientes com câncer.

Dicas para reduzir a fadiga:

Estabeleça uma rotina que permita que você faça os exercícios diariamente.

Exercite-se regularmente.

Faça pausa entre as séries de exercício.

A menos que seja indicado o contrário, mantenha uma dieta equilibrada, que inclua proteínas, e beba cerca de 8 a 10 copos de água por dia.

Faça atividades que lhe dão prazer.

Use técnicas de relaxamento e visualização para reduzir o estresse.

Peça ajuda quando precisar.

## Benefícios da atividade física contra o câncer

Sono: a sensação de relaxamento após o esforço físico facilita o adormecer e melhora a qualidade do sono.

Disposição: sacudir a poeira é uma das principais maneiras de afastar a fadiga típica da quimioterapia.

Peso: ao contrário do que se pensa, vítimas do câncer podem engordar. E o exercício queima calorias.

Dor: os incômodos são aplacados com as substâncias analgésicas liberadas pelo esporte.

## **A Psico-oncologia**

Considerando-se a definição da área de psicologia da saúde proposta pela American Psychological Association (APA), como um campo de contribuição científica e profissional, específica da psicologia enquanto disciplina, que visa a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças (Matarazzo, 1980), podemos demarcar um campo de interface entre a oncologia (área da Medicina que estuda o câncer) e a psicologia, denominada psico-oncologia, como um dos elementos integrantes da área da psicologia da saúde.

Sendo assim, é possível descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos.

Fatores psicológicos intervenientes sobre processos de desenvolvimento de doenças em seres humanos já foram referidos desde épocas milenares da medicina chinesa, embora estudos sistemáticos que investigassem a relação entre variáveis de natureza psicológica e o desenvolvimento de câncer somente tenham sido delineados a partir de meados da década de 40 (Holland, 1991). Estudos mais recentes apontam evidências de que a resposta psicológica do paciente ao câncer constitui variável interveniente significativa sobre os resultados do tratamento, podendo, inclusive, afetar a duração de sua sobrevivência (Carey & Burish, 1988; Scott, 1994; Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1987).

Conforme descrito em Della Porta (1983; citado em Miyazaki & Amaral, 1995), em termos de fatores de risco, reconhece-se que mais de 80% dos casos de câncer “estão associados a fatores ambientais, incluindo o meio em geral, ambiente ocupacional, ambiente de consumo e ambiente cultural” (p. 241). Sob tais perspectivas, a contribuição potencial da psico-oncologia para o entendimento da influência de variáveis psicossociais sobre processos de geração de neoplasias e para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem o indivíduo doente a enfrentar o processo de tratamento são inegáveis.

Observa-se que a psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de

comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

A Psico-oncologia é a área de interface entre a oncologia e a psicologia, e visa o bem estar do paciente de câncer, bem como sua qualidade de vida.<sup>5</sup> Abrange a assistência ao paciente, família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e a fase em que os pacientes se encontram fora dos recursos de cura da doença.

O corpo teórico e prático da Psico-oncologia se constituiu assim que ressaltada a importância do modelo biopsicossocial para a compreensão da etiologia do câncer e seus processos, e as suas consequências físicas e psíquicas.

Os primeiros estudos da ligação corpo e mente no câncer tiveram início na Grécia, mas a expansão somente ocorreu no século XIX, com a Psicanálise. Quando a medicina é submetida aos rigores da ciência, o câncer passa ser estudado em melhores condições. Nos fins do mesmo século, com o aparecimento da anestesia, inicia-se a grande trajetória nos avanços das pesquisas em relação à doença.

Há 2.300 anos antes do advento da psicologia científica, os gregos formularam duas “teorias”: a platônica, que postulava a imortalidade da alma e a concebia separada do corpo, e a aristotélica, que afirmava a mortalidade da alma e a sua relação de pertencimento ao corpo.

No século XIX, temas da psicologia que eram estudados exclusivamente pelos filósofos, começam a ser investigados pela fisiologia e pela neurofisiologia. Sigmund Freud (1856/1939), alterou radicalmente o modo de pensar a vida psíquica. Ele colocou como problemas científicos, as regiões obscuras do psiquismo, como as fantasias, os sonhos e os esquecimentos. A investigação sistemática desses problemas levou Freud à criação da Psicanálise. Usa-se o termo Psicanálise para se referir a uma teoria, a um método de investigação e a uma prática profissional.

Segundo Cobra (2003),<sup>13</sup> a Psicanálise é ao mesmo tempo um modo particular de tratamento de desequilíbrio mental e uma teoria psicológica que se ocupa dos processos mentais inconscientes. É uma teoria da estrutura e funcionamento da mente humana e um método de análise dos motivos do comportamento. E ainda uma doutrina filosófica e um método terapêutico de doenças de natureza psicológica supostamente sem motivação orgânica.

Ao serem incorporados, esses conhecimentos, na Psicanálise, foi aberto o caminho para um número grande de conceitos subordinados que eram novos, como os de atos sintomáticos, sublimação, perversão, tipos de personalidade, recalque, transferência, narcisismo, projeção, introjeção, etc. Por isso

constituiu-se a Psicanálise, em um modo novo de abordar as condições psíquicas correspondentes a estados de infelicidade e a comportamentos anti-sociais, e deu nascimento ao tratamento clínico psicológico e psiquiátrico moderno.

A profissão de psicólogo foi criada em 1962, através da Lei 4.119 de 27/08/1962. Nesse momento já existiam alguns cursos de Psicologia em níveis de graduação e especialização.<sup>14</sup> Nessa época, também já existia a Associação Brasileira dos Psicólogos, criada em 1954, com sede no Rio de Janeiro. Segundo o autor, com a primeira turma do curso de Psicologia, formada pela PUC do Rio de Janeiro, em 1960, as várias especialidades começaram a aparecer, tanto nas atividades práticas quanto em reuniões científicas, indicando, assim, a consolidação da profissão.

As equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só foram requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 70 do século XX, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na dificuldade da informação do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família, e atualmente essas equipes têm também a incumbência de fazer com que os profissionais envolvidos no tratamento, compreendam que estamos tratando de um ser humano e não apenas da enfermidade trazida por ele.

A partir da publicação da portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da união em 14 out. 1998, passa a ser oficial e determina a presença obrigatória do psicólogo clínico nos serviços de suporte, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em oncologia junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A atuação do psicólogo junto à área de oncologia consiste em identificar fatores psicológicos e sociais, no aparecimento, desenvolvimento, tratamento e reabilitação do paciente com câncer e sistematizar um corpo de conhecimentos que possa permitir a assistência integral do paciente com câncer e sua família, bem como a formação de profissionais de saúde especializados com o seu tratamento, assim, colocando em prática os objetivos da Psico-oncologia.

A Psico-Oncologia surgiu a partir da necessidade do acompanhamento psicológico ao paciente com câncer, a sua família e a equipe que o acompanha..

A atuação preventiva do Psico-Oncologista visa:

Conscientizar a sociedade sobre a importância da melhoria dos hábitos alimentares;

Educar a população para lidar com o estresse da vida diária que poderá afetar a qualidade de vida ;

Promover campanhas de prevenção e esclarecimentos sobre a doença

A atuação do psico oncologista em relação ao paciente oncológico visa:

Auxiliar no momento do recebimento do diagnóstico;

Informar sobre a doença;

Esclarecer sobre o(s) tratamento(s) a que será submetido, bem como os possíveis efeitos colaterais e como lidar com eles;

Ajudar o paciente a enfrentar a doença através de técnicas específicas, visando sua participação ativa na evolução do tratamento;

Esclarecer os direitos dos pacientes e sua família.

O Psico-Oncologista pode trabalhar com o paciente e sua família, individualmente ou em grupo.

1.)O trabalho em grupo é muito eficiente e enriquecedor por estimular a troca de sentimentos e experiências vividas por quem passou ou está passando pelo mesmo processo, fazendo com que aprendam e ensinem maneiras de enfrentar a doença. É mesmo um espelhar-se no outro. Ajuda ainda a re-integração do paciente e família no seu ambiente social.

2.)O trabalho individual(no leito,na UTI,na QT,etc...) é baseado numa escuta por parte do psico oncologista frente às falas do paciente , numa elaboração conjunta de interpretar e de auxiliá-lo neste momento vivido ,de forma a minimizar o desconforto e a maximizar novas esperanças no porvir,ressignificando o seu estilo de vida

A atuação do psico oncologista em relação à família visa:

·Preparar a família para lidar com possíveis modificações no comportamento do paciente, incluindo dificuldades físicas, emocionais e sociais;

·Facilitar a comunicação com o paciente, equipe e com as pessoas com quem convivem;

·Ajudar a família e o paciente a compartilharem seus medos, expectativas e emoções,

·Auxiliar em todas as etapas da doença, desde o diagnóstico até a resolução.

A atuação do psico oncologista em relação à equipe que trabalha com o paciente visa:

- Ajudá-la a entender as possíveis causas para o comportamento dos pacientes, bem como treiná-los para lidar com esses comportamentos;
- Estar sempre em contato com a equipe oferecendo ajuda frente à angústia, estresse e depressão que possam surgir;
- Trabalhar com a equipe a questão da morte e do "morrer" para que não interfiram na saúde mental do profissional.

O câncer é uma doença que tem se destacado pelo aumento no número de casos em todo o mundo. Para esta doença, além da assistência médica, é de fundamental importância uma assistência psicológica adequada. A psico-oncologia surgiu a partir da necessidade do acompanhamento psicológico ao paciente oncológico, além de sua família e toda a equipe que o acompanha. Assim, o papel do psicólogo dentro do contexto oncológico é de prestar apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto do diagnóstico das consequências da doença, mostrando possibilidade de auxílio para um melhor enfrentamento e qualidade de vida do doente e de seus familiares. Este estudo teve como objetivo verificar as principais formas de intervenção do Psicólogo no contexto oncológico, bem como a eficácia destas intervenções e os consequentes benefícios desta abordagem para o paciente e seus familiares. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com o levantamento de estudos sobre o tema. A partir deste levantamento, pode-se concluir que no âmbito da oncologia, considerando o sofrimento provocado pela doença, o psicólogo insere-se como um profissional de fundamental importância na composição da equipe multiprofissional, atuando de forma a propiciar uma melhoria na qualidade de vida dos envolvidos neste processo, facilitando o estabelecimento de estratégias de enfrentamento e superação frente ao câncer.

O câncer é uma patologia que tem se destacado no campo da saúde pública em todo o mundo na atualidade. Esta patologia compreende um conjunto de mais de cem doenças, que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se por outras regiões do corpo.

O termo Psico-Oncologia foi proposto pela primeira vez pelo cirurgião oncológico e psicanalista argentino José Schavèlson no ano de 1961. Ele usou este termo para designar essa nova área do conhecimento, formada por um ramo da medicina que se ocuparia em prestar assistência ao paciente com câncer, do seu contexto familiar e social e dos aspectos médico-administrativos

presentes no cotidiano do paciente com câncer. A Psico-Oncologia pode ser definida como uma especialidade que se propõe em estudar duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer, o impacto dessa doença no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos em seu tratamento e também o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência do câncer.

A Psico-Oncologia representa uma área do conhecimento da Psicologia da Saúde, tratando dos cuidados com o paciente oncológico, bem como sua família e os profissionais que se encontram envolvidos no seu tratamento. Logo, a Psico-oncologia é uma área voltada para as questões emocionais do paciente portador de câncer.

Os estudos em Psico-Oncologia compreendem muito além da identificação de variáveis de risco psicossocial ou da delimitação de circunstâncias em que é indicada a necessidade de ajuda psicológica ao paciente. É de suma importância um planejamento ambiental orientado ao desenvolvimento comportamental do paciente. A delimitação de circunstâncias específicas ou a definição de variáveis psicossociais isoladas não são suficientes, é necessário entender a relação funcional entre o paciente e o ambiente em que são dispensados os cuidados com o tratamento (hospitalar, doméstico ou outro).

O indivíduo com câncer necessita lidar com mudanças emocionais, sociais e físicas que acompanham a doença e seus tratamentos. A forma como se adaptará nos aspectos cognitivos e comportamentais em relação a tais mudanças sofrerá influência de diversos aspectos, variando bastante entre os pacientes. Muito tem sido investido no conhecimento e identificação das variáveis que influenciam no processo de ajustamento ao câncer, levando-se em conta a perspectiva biopsicossocial do processo saúde doença. Os estudos sobre as dimensões psicossociais relacionadas à adaptação ao câncer e dos aspectos que facilitam ou dificultam o processo de ajustamento, culminaram na busca de fatores que preveem a adaptação.

### **Psicologia no tratamento do câncer**

O câncer pode trazer diferentes impactos emocionais e sociais para cada paciente. A Psico-Oncologia passou a ser pesquisada e praticada no Brasil na década de 90. É uma área importante de interface entre a psicologia e a oncologia e tem um papel fundamental durante o tratamento do paciente.

“O paciente com câncer, desde o processo diagnóstico até a alta ou morte, depara-se com a possibilidade de perdas: perda do corpo sadio, de um órgão, do cabelo, da autonomia, às vezes perda de um determinado lugar na família,

do lugar de proativo na sociedade, de fé e, principalmente, da possível perda da vida. Disso, surge a angústia da incerteza de um perigo temido, que interfere não só na rotina do paciente, como no sentido das coisas”

A psicologia pode estar presente ao longo de todo o processo, desde a investigação do diagnóstico, passando por consultas ambulatoriais, até o final do tratamento.

Ter alguém com quem se pode contar nestes momentos é fundamental e o apoio pode vir da família ou dos amigos. Mas, muitas vezes, a doença afeta todo o círculo social do paciente, principalmente a família, que pode não saber como ajudar. Por isso, o acompanhamento psicológico das pessoas mais próximas é um dos recursos que pode contribuir para lidar com o câncer. “A família ao se deparar com a doença também se depara com perdas. A angústia ganha espaço pelo fato de não conseguir amenizar o sofrimento do familiar doente. O atendimento psicológico é uma oferta de auxílio para lidar com a situação, mas não a única. Cada família procura o recurso que lhe é mais confortável”

Lidar com a situação pode ser difícil, tornando-se um aprendizado para a família ao longo do tratamento. O fundamental é oferecer apoio, que pode vir de diversas maneiras. “Esse apoio pode surgir estando presente junto ao paciente durante todo o tratamento, realizando atividades prazerosas, ouvindo sobre seus sentimentos e pensamentos, evitando esconder informações, entre outras atitudes que melhoram a comunicação com o enfermo, aumentando a confiança, o suporte e o acolhimento oferecidos a ele

Receber o diagnóstico de uma doença como o câncer mexe com a vida de qualquer pessoa e de todos que estão à sua volta. As reações são as mais diversas. “Em nossa experiência, cada indivíduo chega de uma forma diferente. Há os que passam por todas as fases – negação, revolta, depressão, aceitação – e há os que já aceitam tudo muito bem desde o início”. Assim como tratamento médico, o acolhimento psicológico é importantíssimo.

Quando novos pacientes se inscrevem em nosso projeto, perguntamos quais são suas principais dificuldades. Em 98% dos casos, o medo está presente: medo de morrer, da cirurgia, das quimios, dos efeitos colaterais, de ficar careca, de deixar os filhos... A maioria relata afastamento de pessoas próximas e decepção. Orientamos ao não julgamento, pois é muito difícil para a maioria das pessoas lidar com a situação.

Para quem ajuda, observamos um amor imenso, sentimento de gratidão, uma cicatrização e um dar sentido a tudo o que se passou. Eles utilizam a sua experiência para ajudar o próximo. E, assim, ressignificam para o positivo através do amor, compreendendo cada vez melhor o crescimento e a capacidade que possuem hoje de lidar com a vida de outra maneira.

Para quem é ajudado, observamos um grande aumento no sentimento de esperança, ao se mirar em um exemplo à sua frente, ver a si mesmo vitorioso em breve. Observamos uma grande cumplicidade entre eles, que conseguem se abrir com muito mais facilidade com uma pessoa que realmente compreende o que se está passando. Essa é uma relação única e insubstituível, complementar ao apoio psicológico de um profissional. A terapia também deve estar presente para ajudar a curar questões mais profundas, individuais e de autoconhecimento.

A participação da família é fundamental na recuperação dos pacientes. E muitas vezes os familiares sofrem até mais que eles, necessitando igualmente de apoio psicológico. O medo de perder alguém querido e as dificuldades práticas relacionadas ao tratamento (falta de dinheiro, cuidados, apoio emocional) atingem também de uma forma profunda os familiares.

Durante o tratamento a angústia e a ansiedade quase sempre estão presentes.

Existem profissionais especializados em psico-oncologia. Eles atuam auxiliando o paciente no enfrentamento de sua doença e ajudam a diminuir emoções negativas acerca da situação atual. O psicólogo trabalha em conjunto com o paciente para dar novos significados à doença e melhorar sua qualidade de vida. Estes profissionais estão preparados para dar suporte aos pacientes e seus familiares.

A reação inicial de um paciente (também de seus familiares e amigos próximos) diante de um diagnóstico de câncer é, na ampla maioria dos casos, a de choque. Isso porque, além de estar obrigado a enfrentar uma doença cada vez mais frequente, e com desfechos que nem sempre são de superação, o paciente ainda precisa passar por todo o processo de tratamento médico, que pode incluir cirurgias, radioterapia, quimioterapia, entre outras rotinas pesadas.

Chega a ser uma obviedade afirmar que isso demanda força e estrutura, muitas vezes difíceis de manter nessas condições. É nesse ponto que atuam os psicólogos especializados em psico-oncologia, profissionais preparados para dar suporte aos pacientes com câncer e seus familiares.

O objetivo dessa prática é ajudar a enfrentar as dificuldades e conseguir a adaptação imprescindível para passar por esse processo da forma mais equilibrada e saudável possível. Ou seja, uma ajuda fundamental para superar todas as etapas da doença: diagnóstico inicial, más notícias, mudanças no tratamento, expectativas, resultados, processos terminais, etc.

Não é segredo para ninguém que os fatores psicológicos (cognitivos, emocionais e motivacionais) influem na saúde física das pessoas e têm o seu impacto – direto ou indireto – nos transtornos e doenças. A doença física, por

sua vez, também repercute no estado psicológico da pessoa. Por isso é verdadeiramente importante cuidar do aspecto psicológico do paciente, principalmente em casos de doenças complexas como o câncer.

É possível destacar como principais objetivos desta abordagem profissional:

prevenção: a saúde não é só um estado; há um conjunto de habilidades que podem ser aprendidas para funcionar como agentes ativos de nosso estado de saúde, agentes esses que podemos transmiti-los a nosso entorno.

intervenção terapêutica e reabilitação: com os avanços da medicina, são mais frequentes os casos de câncer com tratamento e cura, o que converte o paciente num doente crônico, que como tal deve aprender novas posturas, para conviver com a sua realidade atual. Nesse sentido, a terapia é imprescindível, ajudando a superar a carga negativa que ainda desperta a palavra 'câncer', a lidar com a frustração, ansiedade e raiva que seguem o diagnóstico e, finalmente, a conviver com as sequelas e mudanças físicas que acompanham o tratamento.

cuidados paliativos: nos casos sem cura, no momento da fase terminal, o especialista está preparado para esquecer a doença e centrar sua atenção no indivíduo. São situações que exigem a máxima sensibilidade para fazer a vida dos pacientes terminais mais suportável, e assim proporcionar-lhes uma morte digna.

O psicólogo começa a desenvolver o seu trabalho de acompanhamento a partir do momento em que o diagnóstico de câncer é confirmado. Receber esse diagnóstico não é fácil, até porque o paciente já se encontra vulnerável desde o momento em que a possibilidade da existência de um câncer era apenas uma desconfiança. O psicólogo faz o acolhimento durante a pré-consulta, momento da chegada do paciente ao Hospital Oncológico. Posteriormente, após a confirmação do diagnóstico, realiza a “escuta ativa”, despertando a segurança e o apoio que o paciente encontrará no profissional sempre que precisar. O acolhimento deve ser realizado de modo humanizado para que o paciente sinta-se totalmente amparado e consiga obter novamente o equilíbrio. Durante o processo do tratamento oncológico é normal que comecem a despertar no paciente diversas dúvidas e questionamentos, devendo o psicólogo ter conhecimento sobre o caso em questão, para poder esclarecer o que está acontecendo; qual o tratamento a que será submetido; os resultados esperados; os devidos efeitos colaterais e os desafios que terá que enfrentar. O ato de esclarecer as dúvidas faz com que os pacientes “abram um leque” com várias possibilidades de enfrentamento, sendo necessário o

acompanhamento do psicólogo para que esses mecanismos não se tornem em obstáculos durante o tratamento. Alguns tratamentos tornam-se invasivos para os pacientes, em virtude de não terem conhecimento de como é o procedimento que será submetido. Esse conhecimento é construído dia após dia, no período do tratamento oncológico. Durante o tratamento, costumam-se aflorar os sentimentos e as emoções que causam à angústia, o medo e a aflição diante das dificuldades encontradas, principalmente quando surgem os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, onde os pacientes muitas vezes não sabem como lidar com a situação. Pode ocorrer também o pensamento sobre a “diferença”, em relação ao próprio corpo físico. Ao perceberem que ocorreram algumas alterações em seu corpo, alguns pacientes sentem-se constrangidos ao se compararem com outras pessoas e com o meio social com que convivem. O tratamento oncológico pode ocorrer por meio da quimioterapia, radioterapia, cirurgias e outros processos. Hoje, a cirurgia é considerada um meio de tratamento muito eficaz para a cura do câncer. Contudo, muitas vezes o paciente precisa de um acompanhamento psicológico mais intenso pelo motivo dos abalos psicológicos, como no caso do câncer de mama, onde é comum a retirada da mama, com impacto na sua feminilidade, a qual é ameaçada pela ideia de “mutilação”, algo difícil de ser elaborado pela paciente que, de imediato, não saberá lidar com esse fato, motivo pelo qual precisará de um intenso acompanhamento psicológico.

Durante o processo do tratamento oncológico, o psicólogo especialista em psico-oncologia tem como objetivo oferecer suporte psicológico ao paciente, para que o mesmo consiga elaborar o diagnóstico do câncer e buscar forças para não desanimar e se entregar à doença. É importante que o paciente consiga obter um equilíbrio psicológico e emocional diante da situação em que se encontra. O profissional de psicologia busca trabalhar a superação do paciente desde o momento do diagnóstico, sendo este um dos momentos mais difíceis em relação à aceitação e o desequilíbrio emocional, como também outros fatores como as más notícias que vão surgindo durante o processo do tratamento, que levam o mesmo à desesperança; as mudanças dos procedimentos do tratamento que, dependendo do tumor, de sua gravidade e local, obrigam a algumas alterações, causando no paciente o esgotamento físico; as expectativas que os pacientes começam a criar diante de alguns resultados obtidos durante o tratamento, que muitas vezes são frustradas com o surgimento de alguns resultados negativos; os resultados que são ansiosamente esperados pelos pacientes, sendo eles negativos ou positivos, e os processos terminais, quando o paciente já se encontra no quadro de metástase. Na fase terminal, o psicólogo desenvolve os cuidados paliativos, o ato de cuidar e amparar; é necessário esquecer-se da doença e olhar somente para o paciente como um indivíduo, um ser humano, oferecendo uma qualidade de vida e uma morte tranquila. Entender as suas angústias e as suas decisões, pois, muitas vezes o paciente quer viver a fase terminal em sua

própria casa com a sua família. É preciso deixar de lado a antiga visão do modelo biomédico - no qual o paciente era visto apenas como uma máquina - e começarmos a entender que, por trás de todos aqueles aparelhos hospitalares, existe um indivíduo que ainda pode escolher e decidir por si.

O psicólogo é aquele profissional que, diante do sofrimento do paciente oncológico, vai desenvolver e criar meios para minimizar todas as angústias, sofrimentos, desesperanças, desequilíbrios psicológicos e emocionais que todos os tratamentos oncológicos causam tanto na vida dos pacientes como na vida de seus familiares. É necessário que o psicólogo desenvolva um olhar diferenciado, que tente buscar a essência do paciente e não se restrinja aos reflexos da doença e às consequências dos efeitos colaterais no corpo do indivíduo; mas sim que o acolha como um todo, ou seja, realize um tratamento mais humanizado, respeitando os seus valores, seus desejos e sua dignidade.