



Interdisciplinary

LINKSCIENCEPLACE

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

Scientific Journal



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 6, volume 5, article nº 06, December 2018

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v5n6a6>

Accepted: 18/08/2018 Published: 30/12/2018

VIII SEMINÁRIO E IV CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DIREITO E MEDICINA
CUIDADOS PALIATIVOS – 20 A 22 DE AGOSTO DE 2018 – ITAPERUNA

CANCER, PREVENTION AND DIAGNOSIS. REPRESENTATIONS OF CANCER FOR PATIENTS AND FAMILIES WHO PARTICIPATE IN THE MUNICIPALITY OF ITAPERUNA RJ - AN EXTENSION-

COMVIDA: O CÂNCER, A PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO. REPRESENTAÇÕES DE CÂNCER PARA PACIENTES E FAMILIARES QUE PARTICIPAM DO COMVIDA NO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA RJ – UM PROJETO DE EXTENSÃO-

Juliana da Conceição Sampaio Lóss¹

Psicóloga, Acadêmica de Medicina UNIG Campus V , Itaperuna RJ.

Lais Bastos Boechat²

Acadêmica de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Letícia Venceslau Luz³

Acadêmica de Medicina UNIG Campus V, Itaperuna RJ.

Luis Fernando Gonçalves De Castro⁴

Médico, professor do curso de medicina UNIG Campus V.

Abstract

The COMVIDA project is presented whose participative methodological praxis is centered on "action research", subsidized by professors and medical students. It is proposed an extensionist practice in favor of better coping of patients in cancer treatment. In the face of so many cancer cases and their different ways of dealing with this disease, the following problem arises: Which representations (perceptions and feelings, meanings of cancer for patients and relatives who attend the institution COMVIDA.

It is justified because of the existing demand of patients and family members who attend this institution in the municipality of Itaperuna and who suffer the effects of the disease process and its various spheres.

This study aims to critically understand the representations of cancer for patients and family members on cancer treatment, favoring an improvement in the quality of life,

¹ UNIG, Medicina, Itaperuna RJ, ju.sampaio23@hotmail.com

² UNIG, Medicina, Itaperuna RJ, boechat.lais@gmail.com

³ UNIG, Medicina, Itaperuna, RJ, lele_luz@hotmail.com

⁴ UNIG, Medicina, Itaperuna, RJ, luisfergcastro@hotmail.com

facing the cancer, providing improvement in the doctor-patient relationship, through the reception and active listening, based in the person-centered clinical method.

This is qualitative field research. These praxis, initiated in 2018, associate weekly attendance, reception, listening to patients extending to relatives - with the practice of medical students, who perform simple anamnesis, which prioritizes biopsychosocial aspects. In this opportunity, clarify important aspects of the disease, as well as the effects of chemotherapy and radiotherapy, as well as the importance of good commitment to treatment, there are motivational lectures that help to cope with the disease, even in extreme cases it is possible to work the mourning. All collected material was transcribed in its entirety and analyzed through Bardin's content analysis.

Keywords: Oncology. University Extension. Humanistic training. Participatory methodologies

Resumo

Apresenta-se o projeto COMVIDA, cuja práxis metodológica participativa, tem como eixo a “pesquisa-ação”, subsidiada por professores e estudantes de Medicina. Propõe-se uma prática extensionista em prol do melhor enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. Diante de tantos casos de câncer e suas diversas formas de lidar com essa doença, nos surge a seguinte problemática: Quais as representações (percepções e sentimentos, significados de câncer para pacientes e familiares que frequentam a instituição COMVIDA.

Justifica-se a sua realização, dada a demanda existente de pacientes e familiares que frequentam a presente instituição no município de Itaperuna e que sofrem os efeitos do processo de adoecimento e suas diversas esferas.

Este estudo tem por objetivo compreender de forma crítica as representações de câncer para pacientes e familiares em tratamento oncológico, privilegiando melhora na qualidade de vida, diante do enfrentamento ao câncer, proporcionando melhora na relação médico-paciente, através do acolhimento e escuta ativa, baseando-se no método clínico centrado na pessoa.

trata-se de pesquisa de campo de caráter qualitativo. Essas práxis, iniciada em 2018, associa atendimento semanal, acolhimento, escuta dos pacientes estendendo-se aos familiares – com a prática de acadêmicos de Medicina, que realizam anamnese simples, que prioriza aspectos biopsicossociais. Nessa oportunidade, esclarecem-se sobre aspectos importantes da doença, bem como os efeitos da quimioterapia e radioterapia, bem como da importância do bom engajamento ao tratamento, realizam-se palestras motivacionais que auxiliam ao enfrentamento da doença, ainda nos casos extremos é possível trabalhar o luto. Todo material coletado fora transcrito na íntegra e analisado através da análise de conteúdo de Bardin.

Palavras-Chave: Oncologia. Extensão universitária. Formação humanística. Metodologias participativas

1 INTRODUÇÃO

A alta incidência de câncer, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, são uma problemática de saúde pública que engloba o paciente, a família, e a

sociedade, tudo isso tem muitas implicações neste universo tão complexo, onde temos que considerar os fatores sociais, econômicos e os diversos tipos de cânceres que existem. O câncer traz consigo um estigma que afeta o doente e sua estrutura familiar que se vê desamparada, tratando o diagnóstico como uma cisão entre estar são e estar doente. Em linhas gerais, este paciente ao ter que tratar um Câncer o relaciona ao fim da vida.

Verifica-se que, projetos de intervenção e extensão em medicina, que tenham em seu escopo os pacientes oriundos da oncologia, e que estendam o olhar a família são mínimos, bem como os estudos que tratam da relação médico paciente e todo estigma presente no tratamento e diagnóstico desta patologia. Neste contexto, percebe-se que o problema do câncer tem tido um crescimento a nível mundial, e quando em diálogo com a diretoria da Casa Comvida, foi possível confirmar com dados epidemiológicos que estudos científicos apontam tal incidência, coincidindo com a realidade do município de Itaperuna que é referência no tratamento de câncer especialmente em câncer de próstata e ovários.

O câncer cervical está entre os tipos mais comuns de doenças malignas ginecológicas, representando um grande problema de saúde pública (Tacla, Roncaglia, Corsini, 2009) e tem sido causador de mortes. O câncer de mama também é considerado frequente, entretanto, com programas de prevenção sua incidência teve uma queda considerável, evidenciando que a prevenção é a melhor arma contra o Câncer. Quando se trabalha a prevenção, pode se pensar no rastreamento seguro de células tumorais, para pacientes assintomáticos e com histórico familiar e assim detectar precocemente o câncer e definir o tratamento adequado a cada paciente.

Estar doente e com câncer é algo que interfere diretamente nas relações pessoais, no âmbito do trabalho, na família, tal qual a notória preocupação da OMS (organização Mundial de saúde) em citar o Câncer problema de saúde pública, que necessita de intervenção e prevenção.

Assim como nos mostra Ruiz, Piato, Novita e Ricci, (2009) O tratamento do câncer deve ser conduzido adequadamente, e a principal função do médico é tranquilizar o paciente, pois a doença e o diagnóstico acarretam sofrimento e angústia.

Neste Interim, devemos levar em consideração a epidemiologia do câncer, os fatores de Risco e proteção, a diminuição do risco, a genética do Câncer, bem como

as intervenções pelas quais o paciente possa passar após o diagnóstico sejam elas de caráter farmacológico ou psicológicos.

A Comvida – Associação de Voluntários tem em seu escopo o acolhimento e atenção psicossocial ao paciente em tratamento oncológico no município de Itaperuna a presente instituição fora criada em 2005 com o intuito de receber a pacientes que estivessem na cidade de Itaperuna para realizar quimioterapia, radioterapia e consultar-se com o médico oncologista. Ressalta-se que, a criação da casa de apoio nasceu a partir da experiência da diretora que fora diagnosticada e obtivera a cura do câncer de mama. Assim, fica privilegiada a atenção aos pacientes que precisam de ajuda em uma fase crítica de suas vidas, as ações oferecidas na casa são: dormitórios, todas as refeições para pacientes e família, há também voluntariado nos seguimentos de saúde, tais como: médico, enfermeira, psicólogo. E depende de doações para seu custeio. Ao contemplarmos toda trama presente na vida do paciente que descobre um diagnóstico de câncer, muitos questionamentos nos surgem, entretanto, há fatores que irão ser preponderantes para o enfrentar do adoecimento. E para nós estudantes de medicina, conhecer o que significa para o paciente estar doente, se torna significativo, quando analisamos a medicina a partir de pressupostos humanísticos, por essa razão investiga-se quais as representações (significados, percepções e sentimentos) de câncer para pacientes e familiares que participam do projeto comvida?

O presente estudo torna-se relevante, pois, o Câncer traz inúmeros prejuízos a saúde do paciente, tornando-se uma questão de saúde pública, nos levando a refletir acerca dos processos de saúde e doença que ocorrem nas famílias, que vivenciam o câncer. Sendo assim, uma intervenção no Comvida, através do projeto de extensão, fortaleceria vínculos entre médicos e família, bem como a instituição, o que pode ser propulsor de mudanças tanto no paciente quanto do ambiente familiar. Mudanças que privilegiem a prevenção, o saber lidar com o diagnóstico. Sendo assim, tal atuação torna possível desenvolver planos de prevenção e promoção da saúde, a partir dos conhecimentos adquiridos empiricamente.

Ademais, o projeto se justifica por propor um componente que viabiliza o encontro da teoria com a prática não apenas no que concerne aos aspectos científicos e acadêmicos da Disciplina Oncologia, mas igualmente propicia ao futuro médico vivenciar uma reflexão sobre a importância do desenvolvimento do aspecto

humanístico, como parte primordial para o sucesso da relação médico-paciente e, conseqüentemente, do tratamento.

Este estudo buscou compreender o significado de Câncer para o paciente e seu familiar que frequenta o convívio, bem como intervir na relação médico-paciente promovendo escuta ativa fortalecendo vínculos, promovendo a:

Análise da relação da família do paciente com o processo de tratamento a qual submete-se e o estresse gerado por ele;

E ainda utilizando uma abordagem clínica centrada no paciente que preza pelo desenvolvimento da sensibilidade do futuro médico para lidar com pacientes que estão em vigência de tratamento oncológico, sobretudo, no que tange às adversidades provocadas pelos efeitos do tratamento quimioterápico e/ou radioterápico.

Estendendo a assistência recebida pelo paciente no Ambulatório de Oncologia do Hospital São José do Avaí, dando suporte ao tratamento e contribuindo para o bem-estar do paciente.

2 DISCUSSÃO

O câncer é um dos problemas mais intensos na medicina e as estatísticas nos mostram que a doença atinge um terço da população, provoca 20% das mortes e nos países desenvolvidos é responsável por 10% do custo da assistência médica. Trata-se de uma doença que não é única, sendo possível encontrar diversos tipos de tumores malignos, formados pela alta proliferação celular. Esta proliferação celular causa uma neoplasia ou tumor que invade tecidos vizinhos e assim podem surgir as metástases. (Thompson e Thompson, 1993)

O câncer afeta não só a saúde física do paciente, mas também sua saúde psíquica e de toda sua família. Como nos mostra Sampaio, (1984) a família é definida como um sistema, ou seja, um conjunto de pessoas entrelaçadas por suas relações, porém ambas se relacionando com o meio onde procuram manter o equilíbrio dentro desse processo complexo. Enfrentam crises, exigindo assim um realinhamento para melhorar o funcionamento familiar. Prata e Santos, (2007) ressaltam que é necessário que a família possa superar as crises pelas quais passa, conseguindo modificar-se, incluindo as diferenças de cada membro que os une como família.

Segundo Thompson e Thompson (1993), O câncer é uma doença genética, todavia, há que se levar em conta o ambiente como predisponente da carcinogênese, a radiação, e carcinógenos químicos. As doenças passíveis de rastreamento, devem obedecer a alguns critérios, tais como: proporcionar serias consequências para saúde pública, apresentar estágio pré clínico detectável (sem sintomas), o rastreamento deve ser simples, não invasivo, específico e com baixo custo, favorecer o prognóstico da doença, para os casos positivos, fazer rastreamento com exames complementares e tratamento adequado, bem como acompanhamento multidisciplinar. (Tacla, Roncaglia e Corsine 2009).

As representações (percepções, significados e sentimentos) são os significados que atribuímos as coisas que nos cercam ou mesmo aos acontecimentos e como elucida Jodelet, (1989) Sempre necessitamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. É necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas que ele põe. Eis o porquê construímos representações. E, da mesma forma que, ante as coisas, pessoas, eventos ou ideias, não somos equipados apenas com automatismos, igualmente não somos isolados em um vazio social: compartilhamos o mundo com outros, neles nos apoiamos — às vezes convergindo; outras, divergindo — para o compreender, o gerenciar ou o enfrentar. Por isso as representações são sociais, e são tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la.

A relação-médico paciente, nos casos de câncer precisa ser estabelecida a partir de uma relação humana, específica em que alguém busca ajuda (o paciente) e alguém irá ajuda-lo (médico). Entretanto, há algumas premissas que se fazem necessárias para que esta relação interfira positivamente no tratamento do paciente, a saber: A empatia, que é a real percepção do que o paciente sente, pensa ou percebe, não é algo que se aprende, mas se desenvolve por meio de relacionamentos. Saadech, (2009) aponta que não nascemos empáticos, mas podemos nos tornar de acordo com que vamos amadurecendo e nos esforçando. Não se trata de ser amigo do paciente, mas é a base da relação-médico paciente.

2.1 O CÂNCER

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA).

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos (INCA, 2018). Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados

cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células.

O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os 'hábitos' e o 'estilo de vida' adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer (INCA, 2018).

Sontag (1984) inicia seu trabalho sublinhando que "*a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença*". O câncer tem um lugar privilegiado neste "lado sombrio da vida", sendo frequentemente interpretado como uma doença insidiosa e arrogante que transforma a vida das pessoas acometidas por essa enfermidade (Skaba, 2000).

Historicamente o câncer vem sendo associado a experiências malditas e servindo como metáforas para diversas ordens de infortúnios físicos e mentais.

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer (INCA, 2017).

O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al., aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (INCA, 2017).

Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais (INCA, 2017).

2.2 O DIAGNÓSTICO

As doenças associadas à morte quebram a temporalidade futura em que se apoia a segurança da pessoa. No nível individual, esse primeiro momento do

impacto da morte está subordinado completamente à representação social da doença, mas, progressivamente, vai dando espaço para novos sentidos subjetivos naquelas pessoas que conseguem ir além desse primeiro impacto.

Em relação as crescentes possibilidades terapêuticas para o câncer, têm-se ao seu significado a ideia de algo que cresce e destrói. Lembrando que, aqui, ideia significa ver e enxergar além do visível. Sendo assim, o que se enxerga além do dito enfraquece o registro da possibilidade de cura (dependendo do caso) e reforça a proximidade da morte (Pelaez, 2004). Além disso, a percepção interna – a imagem que se constrói a partir desse olhar, na maioria das ocorrências – é gradativamente confirmada pelas modificações prognósticas, no decorrer de tratamentos refratários e/ou recaídas (Carvalho, 1998).

Devido à constante associação do câncer à morte, ao receber o diagnóstico e ao submeter-se ao tratamento proposto, inicia-se também o processo do luto antecipatório da própria vida e de tudo o que terá que deixar para trás, ou seja, amigos, família, bens adquiridos e tudo o mais. Quem fica, separa-se da pessoa querida, mas permanece no contexto já construído. Ao serem indagados sobre o significado da doença neoplásica, Leigh & Clark, in Berger (1998), verificaram que os pacientes incluíam descrições semelhantes à morte, terminalidade, tristeza, ao medo, às quimioterapias, mutilações e à perda financeira. Nesse morrer, o paciente experimenta a dor de se sentir enterrado antes mesmo de ter morrido. O diagnóstico tem a expressão significativa de um suposto atestado de óbito (Pelaez, 2004).

No que se relaciona aos exames complementares para diagnóstico do câncer, a anamnese e o exame físico são a base do diagnóstico clínico e constituem os elementos orientadores da indicação desses exames.

São múltiplas as finalidades dos exames complementares na área da oncologia. A solicitação destes visa avaliar o tumor primário, as funções orgânicas, a ocorrência simultânea de outras doenças e a extensão da doença neoplásica (estadiamento). Além disso, os exames complementares são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e rastreamento em grupos de risco. Os exames utilizados para diagnosticar e estadiar o câncer são, na maioria, os mesmos usados no diagnóstico de outras doenças. Assim é que os exames laboratoriais, de registros gráficos, endoscópicos e radiológicos, inclusive os ultrassonográficos e de medicina nuclear, constituem meios pelos quais se obtêm a

avaliação anatômica e funcional do paciente, a avaliação do tumor primário e suas complicações loco-regionais e à distância.

Alguns tumores se caracterizam pela produção de substâncias, cuja dosagem é usada como meio diagnóstico, como parâmetro de estadiamento, como controle da terapêutica e como fator prognóstico. Essas substâncias são conhecidas como marcadores tumorais. Os principais marcadores de valor clínico reconhecido e os tumores a que correspondem estão relacionados no quadro a seguir. É necessário ressaltar que, dependendo da dosagem desses marcadores, eles podem ser interpretados como de resultado normal, suspeito ou patológico (INCA, 2018).

Alguns marcadores tumorais de valor clínico reconhecido

Marcador	Problemas Específicos
Antígeno carcinoembrionário	Tumores do trato gastrointestinal
Alfa-fetoproteína	Tumor do fígado, tumores embrionários
Gonadotrofina coriônica	Tumores embrionários e placentários
Tirocalcitonina	Carcinoma medular de tireóide
Beta-2-Microglobulina	Mieloma múltiplo e linfoma maligno
CA 125	Carcinoma de ovário
CA 15-3	Carcinoma de mama
CA 19-9	Carcinoma de pâncreas, vias biliares e tubo digestivo
CA 72-4	Carcinoma de estômago e adenocarcinoma mucinoso de ovário
HTG	Carcinoma de tireóide
PAP	Carcinoma prostático
PSA	Carcinoma prostático
SCC	Carcinoma epidermóide do colo uterino, cabeça e pescoço, esôfago e pulmão
TPA	Carcinoma de bexiga

Fonte: INCA

A indicação desses exames deve dar-se de forma criteriosa, com objetivo de avaliar cuidadosamente uma série de fatores antes da solicitação dos exames complementares, pois a realização de múltiplos exames não significa, obrigatoriamente, maior acerto diagnóstico.

Verifica-se, frequentemente, uma solicitação excessiva de exames, o que acarreta aumento dos custos da assistência à saúde. Deve-se notar também que, ao contrário da opinião corrente, o fato de um serviço dispor de aparelhos sofisticados não significa, necessariamente, que o padrão da assistência prestada seja superior (INCA, 2018).

É importante lembrar que, conforme já mencionado, os exames devem ser solicitados de acordo com o comportamento biológico do tumor, ou seja, o seu grau de invasão e os órgãos para os quais ele origina metástases, quando se procura avaliar a extensão da doença.

2.3 A PREVENÇÃO DO CÂNCER

A prevenção do câncer engloba ações realizadas para reduzir os riscos de ter a doença. A identificação dos estágios iniciais podem reduzir taxas de morbidade e mortalidade, o que pode ser realizado por meio de três níveis de programas de prevenção: a primária previne a ocorrência da enfermidade, isso inclui a adoção de um modo de vida saudável e evitar a exposição a substâncias causadoras de câncer, a secundária consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento e também detectar e tratar doenças pré-malignas (por exemplo, lesão causada pelo vírus HPV ou pólipos nas paredes do intestino) ou cânceres assintomáticos iniciais. E a terciária previne deformidades, recidivas e morte (Tucunduva, 2004).

Leavell & Clark (1976) descrevem a prevenção como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior.

No caso do câncer, a prevenção primária consiste na limitação da exposição a agentes causais ou fatores de risco (relacionados a 80% dos tumores) como fumo, asbesto, sedentarismo, dieta inadequada, vírus (papiloma vírus e vírus da hepatite B) e exposição solar (Tucunduva, 2004).

A prevenção secundária do câncer requer procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo

tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevida dos indivíduos. Com os conhecimentos atuais, sabe-se que a prevenção primária somada à secundária, ou seja, diminuição da exposição da população a fatores de risco e diagnóstico precoce pode reduzir em 2/3 o número de casos de câncer (Tucunduva, 2004).

É necessária uma constante atualização de todos os profissionais da saúde em relação aos programas de prevenção e, no câncer em especial, quanto às medidas primárias e secundárias. As estratégias de prevenção das doenças crônicas exigem um forte embasamento científico. Somente a partir da década de 60 houve um incremento nos estudos de efetividade das estratégias preventivas, levando à implementação de programas preventivos sistemáticos (Tucunduva, 2004). Atualmente, não há grandes estudos populacionais de prevenção do câncer na população brasileira, de forma que as medidas recomendadas pelo INCA são baseadas em estudos realizados por entidades internacionais, particularmente americanas (American Cancer Society – ACS) e canadenses (Canadian Task Force – CTF).

Algumas dicas são citadas pelo INCA em relação a prevenção do câncer que são de extrema relevância, tais como:

- Não fumar é a regra mais importante para prevenir o câncer, principalmente os de pulmão, cavidade oral, laringe, faringe e esôfago. Ao fumar, são liberadas no ambiente mais de 4.700 substâncias tóxicas e cancerígenas que são inaladas por fumantes e não fumantes. Parar de fumar e de poluir o ambiente é fundamental para a prevenção do câncer.

- A alimentação deve ser variada, equilibrada, saborosa, respeitar a cultura e proporcionar prazer e saúde. Frutas, legumes, verduras, cereais integrais e feijões são os principais alimentos protetores. Comer esses alimentos diariamente pode evitar o desenvolvimento de câncer. Estar acima do peso aumenta as chances de desenvolver câncer. Por isso, é importante controlar o peso por meio de uma boa alimentação e manter-se ativo. Cerca de um terço de todos os casos de câncer podem ser evitados com alimentação saudável, manutenção de peso corporal adequado e exercícios físicos.

- A atividade física consiste na iniciativa de se movimentar, de acordo com a rotina de cada um. Você pode, por exemplo, caminhar, dançar, trocar o elevador pelas escadas, levar o cachorro para passear, cuidar da casa ou do jardim.

- O aleitamento materno é a primeira alimentação saudável. A amamentação exclusiva até os seis meses de vida protege as mães contra o câncer de mama e as crianças contra a obesidade infantil. A partir de então, deve-se complementar a amamentação com outros alimentos saudáveis até os dois anos ou mais.

- Mulheres entre 25 e 64 anos devem fazer um exame preventivo ginecológico a cada três anos. As alterações das células do útero são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso, é importante a realização periódica deste exame. Tão importante quanto fazer o exame é saber o resultado e seguir as orientações médicas.

- O consumo de bebida alcoólica, em qualquer quantidade, contribui para o risco de desenvolver câncer. Além disso, combinar bebidas alcoólicas com o tabaco aumenta a possibilidade do surgimento da doença.

- Evite a exposição ao sol entre 10h e 16h, e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios. Se for inevitável a exposição ao sol durante a jornada de trabalho, use chapéu de aba larga, camisa de manga longa e calça comprida. - Vacine contra o HPV as meninas de 9 a 14 anos e os meninos de 11 a 14 anos.

O Ministério da Saúde implementou no calendário vacinal, desde 2014, a vacina contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. A vacinação e o exame preventivo (Papanicolaou) se complementam como ações de prevenção do câncer do colo do útero. Mesmo as mulheres vacinadas, quando chegarem aos 25 anos, deverão fazer um exame preventivo a cada três anos, pois a vacina não protege contra todos os subtipos do HPV. Em 2017, as meninas de 14 anos também foram incluídas. Além disso, o esquema vacinal do SUS foi ampliado para meninos de 11 a 14 anos. (INCA,2018).

2.4 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Vivemos tempos de grande avanço tecnológico. Com todas as vantagens da globalização, verificamos, ao mesmo tempo entristecidos, o distanciamento entre as pessoas. Assim como em nossa vida particular, este distanciamento ocorre no campo profissional e também nos consultórios e hospitais. Cada vez é mais comum ver médicos e pacientes dando lugar a números, exames e diagnósticos tornarem-se códigos, e a comunicação perde sua essência (Lopes, 2011).

Sob a perspectiva da oncologia, nota-se que esta relação carrega peculiaridades que lhe são próprias. Por se tratar de uma doença percebida como traumatizante, perante o imaginário pessoal e coletivo, sua abordagem torna-se especialmente difícil. Angústias, medos e sofrimentos apresentam-se na vida dos pacientes e de suas famílias, necessitando estabelecer um vínculo com o profissional como coadjuvante terapêutico (Silva, 2011).

Na maioria das vezes, o médico não foi devidamente treinado para gerenciar essas situações, levando em conta aspectos psicossociais do paciente, e precisa aprender sozinho a desenvolver habilidades relacionais e comunicacionais não ensinadas na formação acadêmica. E, mais que isso, a aprender a lidar com a terminalidade do próximo, o que resgata a sua própria natureza mortal.

Ao tratar da saúde, Gadamer (1994), como uma referência ao pensamento hermenêutico, destaca os atributos da prática do médico na produção da saúde, profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar. Em todo o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica. Gadamer conduz a reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente (CAPRARA, 1999). Esta proposta, em relação a qual várias outras convergem, aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (Cassel, 1982; Hahn, 1995; Wulff et al., 1995).

3 MÉTODOS

Este estudo tem caráter descritivo, cuja abordagem é de natureza qualitativa, trata-se de uma pesquisa ação onde foram feitas intervenções com ação e resolução de problemas privilegiando o paciente oncológico, a família ou acompanhante e a casa Comvida. Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista semiestruturada e depoimentos dos pacientes e familiares. Foram entrevistados 6 pacientes e 5 familiares com diagnóstico e em tratamento para diversos tipos de cânceres.

A pesquisa-ação pode ser definida segundo Thiollent (2000, p. 14) como

Um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Após a intervenção extensionista no Convida, no município de Itaperuna - RJ que teve duração de 1 ano, objetivou-se reunir os dados e analisá-los segundo a análise de conteúdo de Bardin. Com o propósito de subsidiar o presente projeto, fora inicialmente feito uma revisão bibliográfica acerca do tema explorado, nas bases de dados scielo, Redalyc, bem como de livros que são referência no assunto. Como metas pré estabelecidas nas intervenções, tivemos: Acolhimento humanizado, campanhas de prevenção e promoção da saúde, Grupos de apoio para a família, Palestras educativas, promover a escuta ativa, Divulgar o Comvida e sensibilizar novos colaboradores a se associarem e se comprometerem financeiramente, a organização de um seminário multidisciplinar de prevenção, diagnóstico e relatos de experiências do comvida.

4 RESULTADOS

As Categorias encontradas na análise do discurso dos pacientes foram: A doença, A fé, O diagnóstico, A família, A cura, os médicos, O medo da morte, a casa comvida.

Tabela: Análise do discurso

Paciente 1- D. 81 a, São Fidelis CA de próstata- Sexo Masculino	Análise	Discurso
Categoria - Doença	Na análise pode-se observar que o paciente se refere a doença como algo avassalador para sua vida, por vezes esse	“Essa doença é terrível, muito difícil de passar por isso, é uma praga, dá em todo mundo, até em criança”

	discurso vem acompanhado de voz embargada.	
Categoria – Fé	Os pacientes se apegam a fé como uma estratégia para enfrentar a doença e o tratamento	“Só Deus pra me ajudar”... Tem que ter fé...
Categoria - Diagnóstico	A doença surge como inesperada, mas logo encontram resiliência para encarar o que há por vir.	“Levei um susto, mas fazer o que né, é a vida”! Temos que ser fortes.
Categoria - Cura	O discurso revela incerteza quanto ao futuro.	“Eu quero ficar curado, mas não sei como será, o futuro a Deus pertence”!
Os médicos	O discurso denota a satisfação do paciente em ser atendidos pela equipe do HSJA.	“ São muitos bons, Dr. Túlio principalmente, muito bom, todos da equipe são maravilhosos”!
O medo da morte	Observa-se que o paciente tenta enfrentar de forma natural o adoecimento.	“Não tenho medo de morrer, a hora que tiver que ir, Deus é quem sabe!
A família	A família aparece como um apoio positivo.	“Minha família me ajudou muito e ajuda até hoje”.
A casa COMVIDA	A casa é referência de apoio, lugar para descansar e encontrar esperança.	“A casa é ótima, eles acolhem agente, dão comida, tudo, tudo..”

Família da paciente 1 – A esposa acompanhava o esposo no tratamento, e inicialmente durante as abordagens demonstrava rigidez em dialogar conosco, entretanto aos poucos foi estabelecendo um vínculo. Nos dias que seguiram o

tratamento, encontramos o paciente muito abatido, pois sua esposa havia sido diagnosticada com câncer de pele, no couro cabeludo (conforme relato do paciente). A categoria mais apresentada pela família é a fé.

Paciente 2 – Sr. E. 80a, CA de próstata – sexo masculino	Análise	Discurso
Categoria - Doença	Podemos verificar que o paciente passa pelo estágio de negação, onde não verbaliza o nome “Câncer”, há evitação no argumento.	”Aquela doença ruim, nem gosto de falar sobre isso, fiz o exame aí deu isso né”!
Categoria – Fé	A fé aparece sempre dando a conotação de encontrar o caminho para superar a doença.	“Tem que ter fé, se apegar em nossa senhora...esperança!
Categoria - Diagnóstico	Pode –se perceber que o desconhecido a doença, inicialmente não afeta o paciente, entretanto, a realidade o faz aceitar que necessita de tratamento.	“Quando eu fiquei sabendo eu não senti nada, só pensei tem que tratar...” “Eu não esquento a cabeça com nada”.
Categoria - Cura	“O paciente relata que a doença volta, revelando que não acredita na cura”.	“Vamos tentar, né a cura, mas eu já tive a um tempo atrás e agora voltou, não sentia nada, mas voltou” .
Os médicos	O discurso revela a satisfação com o atendimento.	“Muito bons, muito mesmo”. “todos muito gente fina”
O medo da morte	Paciente trata da morte de forma natural. Simplifica seu estado de adoecido,	“ Não tenho medo de morrer, a hora de ir Deus sabe” .

	como se nada tivesse. (pode ser negação), ou mesmo uma estratégia de enfrentamento.	
A família	A família atuante no processo de adoecimento ajuda a fortalecer os vínculos. Tal fato, é positivo para o tratamento.	“Todo mundo apoia, tenho filhos, netos, mas quem me ajuda mesmo é essa aqui” (esposa).
A casa COMVIDA	A referência da casa é muito positiva, pois retrata o lar perdido, a certeza que alguém está ali para ajudar.	“ A casa é muito boa, a comida então... as pessoas aqui se importam com a gente, quando Dr. Túlio falou para eu ficar aqui, foi muito bom por que não dá para ir e voltar.

Família do paciente 2 – Acompanhado pela esposa, relatou todo o diagnóstico e sua postura de fé, manifesta muita esperança no tratamento, e acredita que seu esposo ficará bem, pois é um homem forte (relato da família).

Paciente 3 – E. – 84 anos Câncer de pele – sexo feminino	Análise	Discurso
Categoria - Doença	Paciente demonstra não entender o que está acontecendo.	“Eu tinha diabetes ai deu a ferida na mão e tive que amputar o braço”
Categoria – Fé	A fé é um recurso para superar a perda do braço.	“Tem que ter fé para conseguir passar por isso. Eu fico triste as vezes”.
Categoria - Diagnóstico	Revela tristeza diante da perda do membro.	“Eu não tinha nada, aí veio uma ferida na mão e só piorou”. O braço inchou

		eles tiraram o braço...”
Tratamento	Faz o tratamento correto, demonstrando que tem conhecimento da necessidade.	“Não sinto nada, agora arde um pouco, incomoda um pouco, dor não sinto”. “ Tomo os remédios por que preciso”.
Categoria - Cura	Não aparece esta categoria	
Os médicos	Essa categoria demonstra a satisfação em ser bem tratado de forma humana.	São bons, muito bons eles brincam comigo, dizem que sou a namorada deles. Risos. Eles tem carinho comigo”
O medo da morte	Não aparece esta categoria	
A Família	A importância da família como apoio para superar a doença.	Meu filho, que cuida de mim, largou tudo para cuidar. Eles me ajudam, a mulher dele (Nora), eles me amam.
A casa Comvida	A casa traz a ideia e a presença do lar.	Eu gosto daqui.

Família do paciente 3 – Relata ter deixado tudo para traz, com o objetivo de cuidar de sua mãe, pois a ama e quer vê-la bem.

Paciente 4 - S. Rio das Ostras 54 anos - Reicidiva - Tumor cerebral – Sexo Feminino	Análise	Discurso
Categoria - Doença	A paciente relata sua	“Eu tava bem. Ai do nada

	experiência traumática, de ter sido encontrada, pois o marido estava fora do Brasil.	tive convulsão, fiquei caída, mais de um dia, ele ligava e não conseguia falar comigo. Meu filho morava no Rio, e foi lá me encontrou... “ Era o tumor...
Categoria – Fé	Encontra na fé apoio para enfrentar a doença.	“A fé é tudo pra mim, cada dia é um milagre, vou vivendo com muita fé”.
Categoria - Diagnóstico	Há certo afastamento e tentativa de esquivar-se, mas percebe-se um significado negativo, todavia o discurso é de alguém que tenta afastar-se da realidade.	“Descobri assim de repente, o tumor da cabeça. Não é fácil então não faço planos para o futuro”.
Tratamento	Está engajada no tratamento	“Já fiz cirurgia, radioterapia e faço meu tratamento direitinho”.
Categoria - Cura	Não aparece no discurso da paciente em questão	
Os médicos	A paciente se refere aos médicos e equipe de saúde com satisfação.	“Eu fiquei em macaé a primeira vez, depois vim transferida, Dr Alexandre Boechat, é um ótimo cirurgião, eles são muito bons, até o remédio me deram”.
O medo da morte	Não aparece no discurso da paciente em questão	
A família	Relata que teve apoio, entretanto, cita a ausência	Tive muito apoio, minha mãe mora longe, mas eu

	da mãe.	vivo um dia de cada vez.
A casa comvida	Revela estar satisfeita com o atendimento da casa.	A casa é muito boa e me sinto muito bem aqui.

Família da paciente 4 – Acompanhada pelo esposo que morava na Itália, e está enfrentando a doença junto com sua esposa, com muita esperança que fique tudo bem, acreditando que esse tratamento vai dar certo.

Paciente 5 – J.G.S. 65 a – Santa Clara – CA Esôfago – Sexo Masculino	Análise	Discurso
Categoria - Doença	O paciente evita falar a palavra Câncer.	“Essa doença que me deu, eu nunca pensei nisso”. “O câncer tira tudo de vc, tudo mesmo”...
Categoria – Fé	A fé denota recurso interno para enfrentar o adoecimento.	“A doença não é fácil, mas com a ajuda de Deus eu vou conseguir sair dessa”.
Categoria - Diagnóstico	Sintomas depressivos aparecem no discurso do paciente.	“Fiquei muito triste mesmo, senti muita dor, essa doença a gente tem que enfrentar né”...
Tratamento	Enganjado no tratamento, sente muita dor e não pode se alimentar por via oral.	“ to fazendo o tratamento radioterapia, sinto muita queimação”. Fiz quimioterapia também.
Categoria - Cura	Não aparece no discurso do paciente	
Os médicos	Refere-se aos médicos com satisfação pelo bom	“São maravilhosos...nossa me ajudaram muito, aquele

	tratamento.	médico é muito bom...”
O medo da morte	O sentimento de que irá morrer é um marco que denota a perda da saúde	“quando eu descobri levei um susto, pensei vou morrer”.
A Família	O cuidado da família é extremamente positivo no tratamento.	Ela cuida de mim, muito bem.
A casa Comvida	A satisfação em ter um lar para acolher, ajuda a superar o adoecimento.	“Ainda bem que tem um lugar como esse”... “Eles dão tudo aqui, comida”... “Agente se sente em casa mesmo”... “Eu chego segunda e fico até sexta, se não tivesse essa casa não sei como seria, eu não ia aguentar”...

Família do paciente 5 – Falava pouco, introspectiva, não quis dar entrevista, mas contou que tem muita vontade de ir para casa e ficar tudo bem. Paciente demonstrava tristeza.

Paciente 6 – I. R. F 60 a – Porciúncula – CA de esôfago –Sexo Feminino	Análise	Discurso
Categoria – Doença	Paciente demonstra muita tristeza em ver seu estado.	Perdi muito peso, estou com 35 kg, muito doente mesmo.
Categoria – Fé	Acredita na fé e encontra suporte emocional para	“Jesus está me curando, to melhorando”

	enfrentar a doença e o prognóstico ruim.	
Categoria - Diagnóstico	O discurso revela o desespero em se ver doente, sem poder comer e perdendo peso.	“Eu fiquei sem conseguir engolir, foi em março desse ano, aí não passava nada e só fui piorando...” Fiquei rolando de dor, pq fiz muitos exames, pensei que era AIDS, aí deu uma lesão no pulmão. Aí deu um caroço no esôfago. No final do esôfago.
Tratamento	Sente-se desconfortável em ter que fazer o tratamento, mas reconhece a necessidade.	“Vou começar a radioterapia amanhã, quimio fiz umas 4. Não me sinto bem ali, é horrível”.
Categoria - Cura	Acredita na cura, pois está conseguindo recuperar o peso, ganhou 2 kg.	“Eu creio que vou sair dessa”.
Os médicos	Revela a satisfação em receber gratuitamente o suplemento nutricional.	“São muito atenciosos, não tenho nada a reclamar”. Eles me deram o leite.
O medo da morte	Demonstra medo de morrer e arrependimento pela vida que teve.	“Eu fumava muito, bebia muito, cachaça tudo mesmo. Então eu pedia a Deus me tira dessa”!
A família	A família segundo a paciente a ama e isso a tem ajudado, entretanto, a paciente estava sem acompanhante.	“Eles me amam muito, me deram uma cama, eu amo eles também”.
A casa comvida	Reconhece que a casa é	Essa casa é muito boa,

	um apoio muito importante.	eles limpam muito, é tudo muito cuidado, bem tratado, eles se preocupam com agente.
--	----------------------------	---

A família da paciente 6 – Não foi possível entrevistar, pois, a mesma estava sem acompanhante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância desta experiência não pode ser mensurada, mas o aprendizado ocorrido e a convivência com os pacientes, nos dão suporte para uma futura prática profissional, nos ajudam a nutrir o olhar aguçado para esses pacientes necessitados de atenção médica e também emocional, quando diante do quadro clínico com prognóstico delicado ou quando estão diante da morte.

Todas as categorias encontradas, nos levam a compreensão que estratégias de enfrentamento precisam ser trabalhadas com esses pacientes, estudadas em pesquisas futuras, ademais, lidar com doenças de difícil prognóstico, é um desafio para o médico, o paciente e seu familiar.

Referências

CARVALHO, M. M. M. J. (1998). **Resgatando o Viver**. Summus.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. (1999). **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, v. 15, n. 3, p. 647-654.

HODKIN, B.; VACHERESSE, A. & BUFFET, S. (1996) **Concept of family: Methodological issues in assessing perceived family memberships**. Em M. Cusinato (Org.), Research on family resources and needs across the world (pp. 45-54).

INCA. (2018) **Exames Complementares no Diagnóstico do Câncer**. Disponível em: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=50. Acesso em Agosto de 2018.

INCA. (2018) **O que é o câncer?**.

Disponível em: <www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>.

INCA. (2018) **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. –

LOPES, A. C. (2011) **Relação médico-paciente: humanização é fundamental**. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2038-relacao-medico-paciente-humanizacao-e-fundamental>>

MC CUBBIN E MC CUBBIN (1988) APUD YUNES (2003) **O Estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”:** caso de resiliência familiar. Acessado em www.palermo.edu/cienciassociales.ar

TACLA M.; RONCAGLIA M.; CORSINI C.;(2009) **Rastreamento do Câncer Genital**. In Clínica Médica. Vol 1.

RUIZ C.A.; PIATO J.R.M.; NOVITA G.; RICCI M. D. (2009) **Doenças Benignas da Mama**. In Clínica Médica. Vol 1.

SAADECH A. **Relação Médico Paciente**. (2009) In Clínica Médica. Vol 1.

SILVA, C. H. et al (2011). **Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE)**. Ciênc. Saúde coletiva, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465

THOMPSON E THOMPSON. (1993) **Genética Médica**. Quinta Edição. Editora Guanabara Koogan, 1993.

TUCUNDUVA, L. C. de M. et al. (2004) **Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer**. Rev. Assoc. Med. Bras.vol.50, n.3, pp.257-262.

SONTAG, S. (1984). **Doença como metáfora**. Edições Graal.

SKABA, M. M. V. F. (2000) **Em Busca do Diagnóstico: Representações Sociais, Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Anteprojeto de Tese de Doutorado.

PELAEZ, D.; M. et al. (2004) **O câncer e sua representação simbólica**. *Psicol. cienc. prof.*, v. 24, n. 2, p. 120-133.