

# Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico

Graça Cardoso\*, Antonio Luengo\*\*, Bruno Trancas\*\*\*, Carlos Vieira\*\*, Dóris Reis\*\*\*\*

## RESUMO:

A doença oncológica é acompanhada de marcado sofrimento psicológico que atinge o doente e a família. O doente enfrenta, a partir do momento do diagnóstico, um conjunto de mecanismos e de tarefas de adaptação à doença e suas circunstâncias. A grande prevalência de quadros de ansiedade e depressão no seu decurso é mais acentuada na fase terminal. Destes factos decorre a necessidade de um plano terapêutico global integrando os cuidados somáticos e psicológicos/psiquiátricos em todos os estádios da doença oncológica. Os profissionais de saúde também estão sujeitos a reacções emocionais face ao sofrimento que presenciam, pelo que, é importante estarem atentos aos aspectos emocionais e desenvolverem formação que lhes permita intervir de forma adequada junto do doente e da família. A articulação de oncologistas e profissionais de cuidados paliativos com as equipas de saúde mental pode ter um papel importante para a prestação de cuidados de qualidade a doentes oncológicos.

**Palavras-Chave:** Doença Oncológica; Aspectos Psicológicos; Intervenção Psicossocial.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CANCER PATIENTS

### **Abstract:**

*Cancer is accompanied by important psychological distress experienced by both*

*patient and family. From the moment of the diagnosis on, the patient has to develop a great number of mechanisms and tasks of adjustment to the illness and its circumstances. The high prevalence of anxiety and depressive disorders during the course of cancer increases in the end stage disease. Therefore, a global plan of intervention integrating somatic and psychological/psychiatric care throughout all the phases of the illness is crucial in the treatment of these patients. Health professionals working on this field can also experience emotional reactions to their patients' suffering. They should be aware of the emotional aspects involved and develop training to help them intervene adequately with the patient and the family. The articulation between oncologists, palliative care professionals, and mental health care teams can be of great help in providing good quality of care to cancer patients.*

**Key-Words:** Cancer; Psychological Aspects; Psychosocial Intervention.

## INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas atingem actualmente uma parte importante da população e o risco de apresentar uma ao longo da vida é de 40,9%<sup>1</sup>. Em contrapartida, a probabilidade de sobreviver a uma doença oncológica aumentou de forma dramática nos últimos anos,

devido ao diagnóstico mais precoce e às intervenções terapêuticas mais incisivas. Uma em cada duas doenças oncológicas é curável. No entanto, apesar dos avanços técnicos, 23,1% das mortes em 2004 nos EUA <sup>1</sup> e 21,3% das mortes em 2003 em Portugal <sup>2</sup> foram devidas a doenças oncológicas.

O diagnóstico de doença oncológica, ainda muito associado a uma evolução fatal, e os tratamentos que a acompanham são fonte de intenso sofrimento psicológico para o doente e para a família. Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nessa adaptação após o diagnóstico (ou até antes), sendo possível a ocorrência de perturbações emocionais, como é o caso de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas. A presença de comorbilidade psicológica nestes doentes é elevada, sendo frequentemente acompanhada por sintomas físicos como a fadiga, a insónia, a perda de apetite ou perturbações na esfera sexual. Provavelmente não existe uma forma única de resposta psicológica à doença oncológica que se possa considerar uma “adaptação adequada”. Cada doente lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual, contudo, o facto de alguns doentes oncológicos tenderem a suprimir a expressão das suas emoções, pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão. Pelo contrário, os doentes que utilizam estratégias focadas no problema e que procuram apoio psicossocial, conseguem manter uma auto-estima elevada,

melhor qualidade de vida e melhor adaptação à doença oncológica.

Diversos aspectos da doença são susceptíveis de desencadear reacções emocionais intensas e prolongadas. A incerteza em relação ao futuro, o sofrimento e dor física, a dependência, a perda de controlo sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença e os problemas da separação e da morte, são alguns dos aspectos com maior impacto psicológico. Os profissionais também não estão imunes a reacções emocionais face ao sofrimento a que assistem e às difíceis decisões que têm de enfrentar na sua actividade clínica.

## **1. IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS PARA O DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS**

### **1.1 Implicações Psicológicas para o Doente**

Os problemas emocionais e o sofrimento psicossocial são comuns quando os indivíduos se confrontam com uma doença oncológica e a iminência da sua morte.

A vulnerabilidade psicossocial à doença oncológica é específica para cada indivíduo e depende, além das circunstâncias em que ela ocorre, do significado pessoal atribuído à doença. Este é afectado pela percepção individual do impacto da doença no próprio e no seu plano de vida. Engloba também a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade em atin-

gir objectivos futuros e manter a viabilidade de acções interpessoais.

Um estudo canadiano demonstrou a existência de sofrimento psicossocial significativo em 18% a 79% dos doentes oncológicos, dependendo da fase da doença, enquanto que na população geral este era de 21%. No mesmo estudo, em doentes internados por outros motivos, a prevalência de sofrimento psicossocial era de cerca de 66% e nos doentes em regime de ambulatório, esta era de aproximadamente 30%<sup>3</sup>. Valores semelhantes foram encontrados noutros estudos<sup>4</sup> em que o aumento da prevalência de sofrimento psicológico esteve associado à fase terminal da doença.

Este sofrimento atribuível à doença oncológica é, em grande parte, adequado à situação e envolve mecanismos de adaptação (descritos por vários autores, de entre os quais se destaca Kübler-Ross<sup>5</sup>). Deste processo pode depender um maior ou menor risco de desenvolver uma perturbação psiquiátrica, que venha tornar necessária uma intervenção terapêutica.

### Incerteza Acerca do Futuro

Os doentes confrontam-se com a incerteza acerca do curso da doença e a possibilidade de morte prematura. A ideia da sua própria morte torna-se mais tangível e quaisquer sintomas físicos podem ser interpretados como um possível agravamento clínico, com repercussões sobre os níveis de ansiedade. Estes receios podem ainda ser desencadeados por qualquer descrição, nomeadamente

através dos media, de situações análogas ou sempre que o doente tem uma consulta médica de seguimento. Perante uma remissão alguns doentes conseguem lidar melhor com o receio de recorrência de doença, enquanto outros vivem atormentados por este receio.

Numa fase mais avançada da doença, o fim da vida torna-se, para muitos doentes, dolorosamente real, assim como as suas consequências, nomeadamente a perda de continuidade com o futuro e das relações com os que ficam. A tomada de consciência do afastamento que irá ocorrer em breve pode ser antecipado e, mesmo na presença de outros, o doente pode sentir-se sozinho e isolado.

### Busca de um Significado

Quando as pessoas são confrontadas com alguma adversidade, lidam melhor com ela se conseguem encontrar uma explicação aceitável para a mesma. Para a maioria das doenças oncológicas contudo, existem poucos factores de risco claramente identificados (para além do tabagismo, por exemplo), deixando um vazio onde os doentes projectam as suas fantasias.

### Perda de Controlo

A adaptação à situação de doença é mais fácil quando existe a possibilidade de fazer algo que tenha algum impacto benéfico na sua evolução, como por exemplo, cumprimento de determinada dieta alimentar ou realização de exercício físico na doença coronária. Na doença oncológica os doentes não dispõem deste tipo de factores modificáveis, mas ain-

da assim, alguns procuram aderir a métodos psicológicos, como a relaxação ou grupos de auto-ajuda. Os doentes que investem na doença de uma forma construtiva com vista a melhorar a sua evolução, adaptam-se melhor do que os que acham que não há nada a fazer. Estes últimos têm um maior risco de desenvolver perturbação depressiva.

Na fase terminal os doentes debatem-se com perdas reais que são consequência da doença, mas também com algumas perdas antecipadas relacionadas com a morte iminente. A sensação de perda de controlo pode aumentar, devido ao agravamento da doença e à presença de sintomas que não remitem apesar do tratamento.

Podem estar presentes, relacionados com uma possível redução da capacidade funcional e do status social, uma diminuição da auto-estima, sentimentos de auto-desvalorização e ainda alterações da imagem corporal<sup>6</sup>.

### Necessidade de Diálogo

Um dos temas mais importantes para os doentes oncológicos é o da comunicação com os elementos do seu meio social, familiar ou laboral acerca da doença e dos tratamentos. O sentimento de serem estigmatizados pela doença, ou o receio de provocar sofrimento nos outros, leva-os a falarem menos abertamente acerca da sua patologia. Esse “secretismo” pode dificultar a adaptação psicológica à doença e aumentar o isolamento. Pelo contrário, a possibilidade de diálogo permite ao doente receber o apoio emocional

necessário<sup>7</sup>. Muitos doentes “escolhem” um número restrito de pessoas com quem falam abertamente acerca das suas dificuldades, mostrando-se reservados a partilhar o seu sofrimento com terceiros.

Os sentimentos de exclusão podem ser intensificados se o doente oncológico se apercebe que os outros se afastam. Alguns familiares e amigos têm dificuldade em manter com o doente um nível de contacto equivalente ao que antecedia o período de doença, porque se sentem desconfortáveis em relação aos assuntos a abordar e receiam a reacção do doente aos seus comentários ou receber más notícias. Em regra, o doente que não consegue ultrapassar alguma destas barreiras psicológicas tem maior probabilidade de desenvolver um estado de ansiedade ou depressão, ou uma combinação dos dois, no primeiro ano de diagnóstico, para além de outras implicações possíveis resultantes do próprio tratamento da doença oncológica<sup>7</sup>.

### O Sexto Sinal Vital

O sofrimento psicológico associado à doença oncológica pode tomar várias formas – vai desde o medo, a preocupação e a tristeza até problemas incapacitantes como a depressão, o pânico, a ansiedade ou o isolamento. Este é um elemento da saúde do doente oncológico de tal forma relevante que, em Junho de 2004, a *Canadian Strategy for Cancer Control*<sup>8</sup> apoiou a proposta de incluir o sofrimento emocional (*emotional distress*) como o sexto sinal vital a ser avaliado por rotina,

juntamente com a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, temperatura e dor<sup>4</sup>. Serviu de racional a esta proposta o facto de vários estudos de prevalência, já referidos, revelarem níveis elevados de sofrimento associado à doença. Apesar deste conhecimento, verifica-se que na prática clínica, em geral, poucos esforços têm sido realizados no sentido de alterar e valorizar esta dimensão dos cuidados aos doentes oncológicos. Um inquérito<sup>9</sup> realizado no Canadá em centros de tratamento de doença oncológica demonstrou que o total de gastos com cuidados psicossociais era inferior aos dispendidos em limpeza, por exemplo. O facto de os recursos económicos serem limitados não justifica esta falta de investimento, uma vez que o sofrimento psicológico tem associados custos elevados – maior recurso a consultas médicas e serviços de urgência e a tratamentos dispendiosos de quarta e quinta linha, entre outros, numa tentativa de aliviar a ansiedade dos doentes. Pelo contrário, alguns estudos realizados<sup>9</sup> vieram apoiar a redução de custos decorrente do desenvolvimento de intervenções psicossociais. A população com doença oncológica está em rápida expansão prevendo-se que nos países ditos desenvolvidos esta venha a duplicar nos próximos quinze anos. Este facto, associado aos elevados níveis de sofrimento emocional decorrentes, tem vindo a aumentar a sensibilização dos profissionais de saúde para que este seja avaliado, por rotina, em todos os doentes oncológicos, tal como os

restantes sinais vitais<sup>9</sup>. Existe neste momento uma escala – a *Distress Thermometer*<sup>10</sup> – de aplicação simples, permitindo o rastreio, monitorização frequente e, quando necessário, tratamento adequado.

## 1.2. Implicações Psicológicas para a Família

As famílias são profundamente afectadas pela doença aguda e crónica de um dos seus membros e a doença oncológica é uma das situações vividas com maior envolvimento. As actividades do quotidiano, os papéis, as relações com os outros e o significado da vida ficam alterados, uma vez que a vida muda de um estado de saúde para um de doença. A doença oncológica acrescenta uma nova dimensão mesmo para os que enfrentam uma doença mais prolongada. O doente e a família lutam, não apenas com o presente e tudo o que envolve a doença oncológica e seus cuidados, mas com os aspectos avassaladores associados à doença e a transcendência para além da doença<sup>3</sup>. Além dos receios e preocupações partilhados pelos doentes, os familiares preocupam-se com as alterações na condição física do seu ente querido e com um processo de luto antecipatório, mas também com problemas práticos, como a escolha dos serviços onde irão ser prestados os cuidados, a avaliação da qualidade dos mesmos e o local para onde o doente transitará na fase terminal. A família de um doente oncológico tem ela própria necessidades diversas<sup>3</sup>: a) estar com a pessoa doente; b) poder ajudar na evolução e

desfecho da doença; c) receber apoio, confirmação e reforço do seu contributo para o conforto do doente; d) ser informado acerca da condição do doente e da sua morte iminente; e) poder exteriorizar emoções; f) receber conforto e apoio dos membros da família; e, g) receber aceitação, apoio e conforto dos profissionais de saúde.

### 1.3. Implicações Psicológicas para os Profissionais de Saúde

Os técnicos que lidam com doentes oncológicos necessitam ter a capacidade de identificar, avaliar e, quando possível, minorar os sintomas físicos da doença mas também a incapacidade crescente, as alterações nos papéis sociais e o isolamento social associados com a doença e o processo de morte. Simultaneamente, devem saber distinguir quando o isolamento social ou as alterações nos papéis sociais são sinais de uma depressão clínica e quando a dor e sintomas da doença têm um forte componente psicológico, requerendo uma abordagem psiquiátrica ou psicológica. A intervenção deve ser feita a um ritmo adequado às necessidades do doente e da família, em vez de acontecer ao ritmo das expectativas e agenda do prestador de cuidados acerca do que “deve ser feito”.

Os movimentos de defesa dos direitos dos doentes têm enfatizado o direito à informação sobre a doença, que é actualmente consensual. Potencialmente mais problemáticas poderão ser a quantidade e o *timing* da informação a ser transmitida ao doente e à família sobre a

situação clínica e o seu prognóstico. A informação deve ser prestada de forma sensível e compreensiva, tendo em conta a dificuldade que os doentes e a família possam ter em aceitá-la e a possibilidade de negarem a realidade do que é comunicado. Alguns profissionais, provavelmente devido a dificuldades próprias, tomam por vezes a decisão de não comunicar ao doente e à família o provável curso da doença. Outros, pelo contrário, podem dar informação “negativa” demasiado cedo e com demasiada frequência, não deixando espaço à esperança. Para alguns doentes pode ser difícil aceitar que existam limitações nos tratamentos actuais para a sua doença e podem pressionar ou exigir a continuação do tratamento actual, ou o início de tratamentos experimentais. Quando há recurso a quimioterapia ou radioterapia paliativas para o controlo de sintomas é imperativo que a equipa transmita claramente ao doente e à família que o objectivo é o controlo sintomático e não o prolongamento da vida<sup>3</sup>.

Ao providenciarem cuidados a doentes com uma esperança de vida previsivelmente curta, os profissionais de saúde confrontam-se inevitavelmente com a ideia da sua própria morte. Este confronto resulta por vezes na identificação (muitas vezes de uma forma simples, “Se fosse eu...”) <sup>5</sup>, podendo funcionar positivamente como um reforço empático e útil na tomada de decisões mais próximas às necessidades e vontade do doente. Corre, no entanto, o risco de se extremar de forma prejudicial, levando o profissional a

experienciar intensa e excessivamente as vivências do doente. Pode haver também a identificação do doente com determinada pessoa próxima ou familiar do profissional, com o risco de excessivo envolvimento, prejudicial ao profissional e, provavelmente, ao próprio doente.

É importante que os profissionais tenham consciência das suas próprias reacções emocionais e atitudes na relação com os doentes oncológicos, contribuindo para que adquiram uma maior capacidade para lidar com as dificuldades psicológicas/emocionais desencadeadas na prestação de cuidados a estes doentes.

## 2. TAREFAS DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA

Elizabeth Kübler-Ross<sup>5</sup> foi a primeira autora a estudar de uma forma sistemática a adaptação psicológica de pessoas a quem é diagnosticada uma doença oncológica com prognóstico reservado. Entrevistando doentes oncológicos apercebeu-se da existência de várias fases de adaptação possíveis que não são obrigatórias nem se sucedem pela mesma ordem podendo, inclusivamente, coincidir várias fases. Chegou também à conclusão que nem todos os doentes enfrentam todas as fases identificadas, embora experimentem, em geral, pelo menos duas delas. Ainda que descritas originalmente a partir da observação de doentes oncológicos

em fase terminal, estas tarefas de adaptação podem ser vivenciadas noutras situações de perda ou alteração, sentidas como significativas, e sobre as quais o indivíduo não tem a capacidade ou possibilidade de induzir modificação (ou esta ocorreria à custa de um maior sofrimento).

O conhecimento destas fases de adaptação é imprescindível para os técnicos de saúde compreenderem as reacções dos doentes perante a angústia da doença e da morte, terem uma resposta terapêutica e poderem prestar-lhes uma ajuda adequada<sup>11</sup>.

### 2.1. Fases de Adaptação à Doença

#### a) Fase de Negação ou Denegação

Quando confrontado com a notícia de que tem uma doença potencialmente mortal, o doente recusa-se a aceitar a totalidade ou grande parte do que lhe é comunicado. Kübler-Ross<sup>5</sup> constatou que muitos dos doentes entravam num estado de choque inicial e verbalizavam não acreditar no que lhes era comunicado. Na maioria dos casos, esta é uma fase transitória que tem como função permitir uma progressiva aceitação da realidade. É frequente existir uma negação parcial, isto é, os doentes recusarem a existência da doença e/ou a sua gravidade e, apesar de tudo, permanecerem internados nas instituições de saúde e continuarem a efectuar os tratamentos médicos. A negação poderá, igualmente, ocorrer noutras situações quando o doente já se encontra num estado emocional diferente e em fases mais tardias

da doença. Nalguns casos os doentes podem manter-se em negação até à morte ou iniciar uma peregrinação de médico em médico na procura de um diagnóstico diferente que confirme o suposto “erro” do primeiro.

#### b) Fase de Revolta

O doente reconhece a existência de uma doença grave e mortal mas não a aceita, reagindo de forma típica com raiva e exprimindo revolta perante a sua má sorte. Esta fase é bastante difícil, tanto para a família como para os profissionais de saúde<sup>12</sup>. O doente pode exprimir críticas em relação ao médico por não ter diagnosticado a tempo a sua doença, aos enfermeiros por não serem suficientemente rápidos na resposta aos seus pedidos e a Deus, por lhe ter imposto uma “sentença de morte”. Como consequência destes comportamentos, as pessoas que o rodeiam começam a afastar-se. É importante que esta revolta seja exteriorizada e aceite, uma vez que se trata de uma reacção frequente e quase inevitável<sup>13</sup>. Kübler-Ross recomendou uma atitude de tolerância perante estas manifestações de revolta já que a sua expressão poderá resultar em alívio e dará lugar posteriormente a uma aceitação mais tranquila.

#### c) Fase de Negociação

Segundo Kübler-Ross<sup>5</sup> esta fase é a menos conhecida das várias fases de adaptação, mas das mais importantes para o doente durante um curto período de tempo. O doente já admite a existência da doença e tenta “negociar” a sua

cura. Trata-se de uma tentativa de ter algum controlo sobre as más notícias, pactuando com Deus e com os médicos. “Se me curasse, dedicaria toda a minha vida a ajudar os outros”, “Doutor, ajude-me a viver mais alguns anos, até que os meus filhos não precisem tanto de mim”. É frequente que o doente siga escrupulosamente o seu tratamento, que comece uma dieta mais saudável, que prometa ser mais compreensivo e tolerante com os outros e dedicar mais tempo às práticas religiosas, como “moeda de troca” pelo prolongamento da sua vida.

#### d) Fase de Depressão

Quando os mecanismos anteriores fracassam, o doente pode cair num quadro depressivo grave, apresentando: desânimo generalizado, inquietação, alterações do sono e perda de apetite, entre outros sintomas<sup>14</sup>.

Kübler-Ross<sup>5</sup> descreveu dois tipos de depressão que merecem diferentes abordagens por parte dos profissionais de saúde e da própria família: a depressão reactiva e a depressão preparatória.

A depressão *reactiva* aparece devido aos sentimentos de impotência, muitas vezes relacionados com problemas ou necessidades do doente, que precisam de ser equacionados e resolvidos, quando o estado de saúde se deteriora.

Na depressão *preparatória* o doente está a preparar-se para a morte e para a separação daqueles e daquilo a que está mais ligado na vida. Nesta etapa, o silêncio e a presença de familiares são fundamentais.

De início, a depressão é reactiva e o doente exterioriza a sua tristeza. Poderá seguir-se um período de silêncio, durante o qual o doente se prepara para morrer, tornando-se mais calmo e evitando as visitas. A comunicação é, sobretudo, não verbal e o doente deseja apenas a presença física dos familiares e amigos mais próximos.

#### e) Fase de Aceitação

Nesta fase, o doente compreende que a doença e sua evolução são inevitáveis, mas pode reagir fechando-se em si mesmo e evitando os familiares. Esta atitude pode ser difícil de aceitar para os mesmos, que não compreendem o processo e se sentem ofendidos ou irritados com este comportamento.

Kübler-Ross<sup>5</sup> constatou que os doentes em fase terminal que receberam apoio apresentavam um percurso mais fácil até à aceitação. Verificou também que os doentes mais idosos, que tinham uma vida construída (filhos adultos e uma situação profissional já percorrida), necessitavam de menos ajuda para alcançar a fase de aceitação mais rapidamente.

Alguns doentes aceitam, desde o início, a ideia de que são portadores de uma doença que os pode levar à morte. Decidem, no entanto, viver como se estivessem bem e passam a comportar-se como se os seus projectos para o futuro não fossem afectados pela doença. Estes doentes não mudam o seu estilo de vida e podem esconder a sua doença do resto das pessoas, mesmo das mais próximas.

O nível de adaptação à doença no momento da morte varia de doente para doente: uns continuam a negar a evidência, outros afundam-se na depressão e só alguns atingem a fase de aceitação. Estes últimos são descritos como sendo os que podem manter conversas profundas, que conseguem aceitar os aspectos positivos e negativos da vida, demonstrando maior maturidade e uma vida interior e interpessoal mais fecunda.

Outros autores descreveram movimentos de adaptação à doença. Para Stedeford<sup>15</sup> estes consistem em a) choque e embotamento, b) ansiedade e denegação, c) interrogações, d) zanga e culpabilidade, e) luto e, finalmente, f) resignação ou aceitação. Embora pretendam ser um contraponto às fases de Kübler-Ross e introduzam alguns matizes, na realidade têm muito em comum com as fases anteriormente descritas.

## 2.2. Factores que Modificam a Adaptação

A adaptação à doença oncológica é influenciada por factores pessoais, sócio-culturais e médicos<sup>6</sup>.

Entre os factores pessoais contam-se os aspectos da personalidade, a maturidade afectiva, os mecanismos de adaptação habitualmente usados (*coping*), experiências anteriores com doenças ou perdas, tanto do próprio como de familiares e amigos, a existência de antecedentes psiquiátricos e ainda perspectivas espirituais, religiosas ou filosóficas que possam facilitar a esperança ou a aceitação.

Os factores sócio-culturais incluem as atitudes sociais face à doença e à morte, os recursos sócio-económicos e o nível de apoio social. A doença oncológica é actualmente encarada com mais optimismo nas sociedades desenvolvidas. Os resultados da investigação permitiram criar tratamentos mais selectivos e menos tóxicos, associados ao aumento da sobrevivência e da taxa de cura<sup>16</sup>. Os avanços científicos justificam por vezes o pouco interesse pela temática da morte e dos que estão a morrer. Nesse contexto, os objectivos da intervenção médica podem correr o risco de se tornar eminentemente curativos, descurando os cuidados paliativos e considerando-os como menos importantes.

Dentro dos factores médicos estão o tipo de doença, a natureza dos sintomas e as atitudes dos técnicos. Os factores decorrentes da doença incluem o tipo de doença oncológica, o seu estadio, a sintomatologia (especialmente a presença de dor e de incapacidade funcional) e o prognóstico<sup>14</sup>. A experiência e a sensibilidade do médico, assim como a preocupação manifestada e a disponibilidade na prestação de cuidados ao longo da evolução da doença são enormes fontes de apoio para o doente e a família. Um dos aspectos importantes para uma pessoa em fase terminal é a possibilidade de falar sobre a sua morte. O médico deve abordar esta temática disponibilizando o seu tempo para ouvir e partilhar experiências sobre o tema<sup>13</sup>.

As características pessoais, as atitudes e os conhecimentos dos cuidadores, assim como o local onde os cuidados são ministrados podem ter um efeito mais ou menos tranquilizante<sup>16</sup>.

A resiliência individual, isto é, a capacidade de resistir à adversidade é um factor que permite manter a dignidade e a qualidade de vida, mesmo em situações adversas. Doentes cujos familiares morreram de doença oncológica em grande sofrimento podem ter níveis mais altos de ansiedade. Outra fonte de ansiedade é o receio de serem abandonados pelas pessoas que os tratam. Transmitir que tudo será feito para evitar o sofrimento e que serão acompanhados até ao fim, contribuirá para diminuir grande parte da sua angústia<sup>12</sup>.

Em todas as fases descritas por Kübler-Ross<sup>5</sup>, há um traço comum presente em todos os doentes: a esperança. É ela que permite que se sujeitem a exames e tratamentos médicos, na expectativa de encontrarem uma derradeira cura.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Carlos Carvalho o apoio dado na revisão do manuscrito e as sugestões apresentadas.

## Bibliografia

1. National Cancer Institute, SEER, *Cancer Statistics Review 1975-2004*, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2004/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/).
2. Direção Geral de Saúde, Elementos Estatísticos de Saúde, 2003, <http://www.dgs.pt>.
3. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2<sup>nd</sup> edition, 1999, Oxford University Press, pp. 883-886, 893-895, 910-912, 919.
4. Bultz BD, Holland JC. *Emotional Distress in patients with cancer: The sixth vital sign*. Community Oncology 2006; 3(5): 311-314.
5. Kübler-Ross E. *On Death & Dying*. New York, Collier Books, 1969.
6. Wise MG, Rundell JR. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> edition, The American Psychiatric Press; pp. 771-804, 808-809.
7. Faulkner A, Maguire P. *Talking to cancer patients and their relatives*. Oxford University Press, 1996.
8. Canadian Strategy for Cancer Control, 2004, <http://www.cancercontrol.org>.
9. Bultz BD, Carlson LE. *Emotional Distress: The Sixth Vital Sign in Cancer Care*. *J Clinical Oncol*. 2005; 23(26): 6440-6441.
10. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC.; *Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study*; Cancer; 1998;82(10):1904-8.
11. Berkowitz MC, Knight L. *Moses presages Kübler-Ross: five stages in accepting death, as seen in the midrash*. Mt Sinai J Med. 2001;68(6):378-83.
12. Akechi T et al. *Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital*. Jpn J Clin Oncol. 2006;36(5): 329-32.
13. Houston RE. *The Angry Dying Patient*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 1999;1(1):5-8.
14. Citero VA et al. *Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service*. São Paulo Med J. 2003;121(3):111-6.
15. Stedeford A. *Facing Death - Patients, Families and Professionals*, 2<sup>nd</sup> edition, Oxford, Sobell Publications, 1994.
16. Levin T, Weiner JS, Saravay SM, Deakins S. *Two-year evaluation of the logic model for developing a psycho-oncology service*. Psychiatric Serv. 2004; 55 (4): 427-33.