

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E INTERVENÇÃO NA DOENÇA ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA PARA APLICAÇÃO PRÁTICA

Luís Maia

Neuropsicólogo do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira e Professor Auxiliar do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal.

Carina Correia

Neuropsicóloga Clínica e Doutoranda em Neuropsicologia Clínica na Universidade de Salamanca, Espanha

Contacto:

lmaia@ubi.pt

RESUMO

Este artigo tem como objectivo apresentar uma revisão das principais consequências psicológicas e estratégias de *coping* em pacientes com doença oncológica, bem como aspectos relacionados com a intervenção. O cancro é uma das doenças mais mortais em todo o mundo e para a qual ainda não há cura. Existem estratégias de *coping* utilizadas por pacientes oncológicos que são eficazes no período de recuperação/tratamento. Apesar da falta de consenso relativamente a este último aspecto, o conhecimento destas estratégias pode ser utilizado para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Tal como outros profissionais, o psicólogo poderá desempenhar um papel relevante junto destes pacientes, procurando promover uma melhor adaptação à sua doença. O trabalho do psicólogo não se esgota no doente em si mesmo, e sempre que possível, deve alargar-se à família e entes significativos. Neste artigo debruçamo-nos sobre o que alguns autores e instituições têm sugerido sobre o cuidado/intervenção num contexto de doença oncológica. Assim, procuramos familiarizar e dotar o leitor com algum conhecimento que poderá aplicar no seu dia-a-dia.

Palavras-chave: Cancro, consequências psicológicas, estratégias de coping, recuperação / tratamento, intervenção

Contextualização teórica e conceptual

O cancro é uma doença antiga, sendo os primeiros relatos datados de 3000 anos a.C. em ossos de restos egípcios (McAllister, Horowitz & Gilden, 1993, *In* Treviño & Carbajal, 2004). Apesar disso, o cancro ainda não tem cura e continua a ser uma das doenças mais mortais em todo o mundo (Grassi & Morasso, 2004).

Em Portugal, cerca de 40 a 45 mil pessoas são diagnosticadas com cancro todos os anos, das quais cerca de 20 a 25 000 morrem, com uma maior incidência nos homens (Barros, Lunet & Simões, 2004).

Apesar deste tipo de doença ter uma componente genética e biológica determinante (Nordin, Lidén, Hansson, Rosenquist & Berglund, 2002), encontra-se frequentemente na literatura referência a diversas variáveis na etiologia da doença. O modelo biológico assume uma relevância fundamental na explicação deste tipo de patologia, enfatizando o papel de aspectos químicos, físicos e biológicos (McAllister, Horowitz & Gilden, 1993, Love, 1990, Weinsberg, 1988, *In* Treviño & Carbajal, 2004). Por outro lado, os modelos sócio-demográficos relacionam esta doença com a idade, o sexo, estatuto sócio-económico, nível de desenvolvimento do país dos pacientes, entre outros factores; enquanto que abordagens psicológicas centram-se nos comportamentos e estados emocionais dos mesmos (Lazarus & Folkman, 1984, Ribes, 1990, *In* Treviño & Carbajal, 2004; Arbizu, 2000; Heffner, Loving, Robles & Kiecolt-Glaser, 2002).

A importância das variáveis psicológicas têm vindo a ser fortemente referenciada, e é denunciada pela fusão de diferentes áreas de conhecimento, como é o caso da Psiconeuroimunologia (Loving & Glaser, 2002). A este respeito, Treviño & Carbajal (2004) mencionam que *«los cambios conductales y los estados emocionales que acompañan la percepción del medio y los esfuerzos para adaptarse a las circunstancias ambientales estresantes, están acompañados de un patrón complejo de cambios neuroendócrinos que afectan los mecanismos de defensa inmunológica y predisponen a la iniciación y progresión de procesos patofisiológicos que incluyen, infecciones, alergias y enfermedades neoplásicas»*.

Consequências Psicológicas

Relativamente às consequências psicológicas do diagnóstico e evolução de um cancro, estas são inúmeras, e não se restringem apenas ao paciente mas também afectam os seus familiares mais significativos (Schulz & Schwarzer, 2003). Ribeiro (1998) conceptualiza que estas consequências podem ser influenciadas por algumas variáveis como, o tipo de cancro, as expectativas de sobrevivência do paciente, a maior ou menor agressividade dos processos terapêuticos, alterações na

imagem corporal, características de personalidade (e.g. tipo C), entre outras. Relativamente a este último aspecto, num estudo prospectivo realizado por Jensen (1987, *In* Tacon, 2003) com mulheres com cancro da mama, este investigador concluiu que as mulheres com um estilo de *coping* repressivo e expressões emocionais reduzidas, apresentavam resultados menores em termos de longevidade. O padrão de comportamento tipo C parece não ser exclusivo deste tipo de patologia, sendo que em pacientes com doenças crónicas, tal também se verifica (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

De acordo com White e Macleod (2002), pacientes com cancro expressam como principais consequências psicológicas, depressão, ansiedade e perturbações neuropsiquiátricas. Relativamente a estas últimas, Spijker, Trijsburg e Duivenvoorden (1997) referem que as perturbações que os pacientes com cancro evidenciam, não diferem significativamente quando comparados com pessoas sem doença oncológica, sendo que taxa de patologia psiquiátrica é maior neste última que nos pacientes com cancro, exceptuando a depressão.

É importante salientar que ao longo do processo mórbido, os pacientes tendem a experienciar várias consequências, sendo a ansiedade mais frequente em situações de avaliação e diagnóstico, ao passo que os processos depressivos desenvolvem-se mais quando o paciente conclui o tratamento e volta a integrar nas actividades quotidianas (Treviño & Carbajal, 2004). Um outro estudo realizado com a participação de 12 centros americanos de tratamento de cancro sugere que a taxa de prevalência do stress psicológico varia mais significativamente na fase terminal da doença, não existindo uma variação acentuada no contínuo da doença (à excepção da fase referida) (Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp, *et al.*, 1997).

Os comportamentos mais característicos dos pacientes após um diagnóstico de cancro são o choque e a negação, contudo, progressivamente vão reconhecendo a realidade patológica em que se encontram (Šprah & Šoštarič, 2004).

Almanza-Muñoz e Holland (2000), baseando-se num conjunto de estudos (Fawzy, Fawzy & Pasnau, 1995, Barg, Cooley, Pasacrita, Senay & McCorkle, 1994; Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale *et al.*, 1983) concluíram que aproximadamente 50% dos pacientes têm uma reacção e adaptação normais, contudo, naqueles pacientes que são hospitalizados, cerca de 32% apresentam como principais transtornos psiquiátricos, transtornos de adaptação, 6% de depressão, 4% de distúrbios mentais orgânicos, 3% de distúrbios de personalidade e 2% de distúrbios de ansiedade. Em pacientes ambulatorios, os principais distúrbios eram os depressivos major (22%), posteriormente seguidos dos distúrbios de adaptação misto com ansiedade e depressão (17%), os distúrbios de adaptação com depressão (14%), os distúrbios afectivo secundário ao cancro (12%), e por fim a distímia (8%) (Almanza, Breitbart & Holland, 1999, *In* Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

É indiscutível que os pacientes com cancro sofrem um grande impacto psico-emocional. No entanto, Brannon & Feist (2001, p. 365) alertam para a ideia que «*el porcentaje de pacientes que*

experimentam problemas psicológicos depende de cómo se definam estos problemas». Por exemplo, no caso da depressão, quando se utilizam os critérios de depressão clínica, a prevalência deste distúrbio parece não ser maior quando comparado com outros pacientes hospitalizados. Num estudo realizado por Derogatis *et al.*, (1983) apenas 6% dos pacientes oncológicos apresentavam diagnóstico de “*clínicamente deprimidos*”.

Outros factores comumente associados são o desenvolvimento de estados elevados de tensão emocional, alterações neuro-cognitivas incluindo o delírio (Sivesind & Rohaly-Davis, 1998), sentimentos de vulnerabilidade, tristeza, pânico, isolamento social, crises espirituais (Fitchett & Handzo, 1998), medo e incerteza acerca do futuro (Dunkell-Schetter *et al.*, 1992, *In* Fawzy, Fawzy & Canada, 2000), ansiedade (Pettersson, 2003; Stark, Kiely, Smith, Velikova, House & Selby, 2002), problemas no funcionamento cognitivo, na vida sexual, apetite e sono (Rakovec & David, 1999, Rakovec, 2002, *In* Šprah & Šoštarič, 2004). Acresce ainda, as consequências mais a nível físico, como algias (Portenoy & Lesage, 1999; Montgomery, 2001), náuseas, fadiga (Tavino, Milan & Tirelli, 2002); problemas financeiros, relacionados com o emprego, o lar e a família (Šprah & Šoštarič, 2004). Segundo um estudo realizado por Jones *et al.* (2003), o desejo de morrer em pacientes oncológicos «*may be related more to the burden of disease and to existential concerns, than to depressive symptom which correspond to a DSM-IV diagnosis*» (p. 399; *In* Editorial, 2003).

Tendo em conta estes aspectos, salienta-se que as dificuldades físicas e psicológicas experienciadas por este tipo de pacientes condicionam frequentemente a sua qualidade de vida. De acordo com Portenoy & Lesage (1999), a prevalência da doença crónica é de cerca de 30-40% em pacientes que se encontram em tratamento e 70-90%, naqueles pacientes com doença mais avançada.

Estratégias de Coping

No que diz respeito aos estilos ou estratégias de *coping*, Sivesind & Rohaly-Davis (1998, p. 4) definem *coping* como «*the patient's ability to adapt functionally to either the immediate distress of diagnosis and treatment or to longer-term adjustments of life changes*», ou seja, a forma através da qual os pacientes se confrontam ou lidam com as situações consideradas stressantes, neste caso, a doença oncológica (Endler, 1997).

Globalmente, Lazarus (1993, *In* Pettersson, 2003) classificou as estratégias de *coping* em dois grandes grupos: focadas no problema e focadas nas emoções/sentimentos. Relativamente às primeiras, procura-se de forma activa e directa eliminar ou diminuir o problema, por exemplo, através de procura de informação, fixação de objectivos, entre outras; enquanto que as estratégias focadas nas emoções estão directamente orientadas para a alteração das reacções ao problema (*e.g.* pensamento positivo, aceitação, negação, *etc.*).

Cada uma destas estratégias não é usualmente referida como melhor ou pior que a outra, no entanto, as primeiras podem ser mais eficazes quando as circunstâncias são controláveis, enquanto que as segundas seriam mais adequadas quando as situações são incontroláveis (Folkman, 1984, *In* Petersson, 2003).

Para além desta ideia, Lazarus (1993, *In* Petersson, 2003) preconiza que a forma como se lida com a situação ou elementos stressantes é mediada pela avaliação que o sujeito faz desse mesmo elemento; não existindo assim, uma relação directa entre estilos de *coping* e *stress* (Sweet, Savoide & Lemyre, 1999). Essa situação pode ser avaliada pela pessoa como excedendo os seus recursos ou pondo em risco o seu bem-estar, levando-a a activar estratégias de *coping* específicas (Zabalegui, 1999).

Miller & Mangan (1983, *In* Petersson, 2003) alertam para a necessidade fulcral de se adequar ou ajustar a informação que se fornece ao estilo de *coping* do paciente, e que «*individuals generally fare better when the level of information they receive is consistent with their coping style, i.e., low monitors/high blunters fare better with minimal information and high monitors/low blunters tend to fare better with more voluminous information*».

Para além de não existir um padrão específico de estratégias de *coping* utilizadas por pacientes oncológicos, muito menos existe uma ordem sequencial de reacções ao diagnóstico de uma doença oncológica. No entanto, Almanza-Muñoz e Holland (2000) apontam três grandes fases: fase da negação, em que está presente no paciente um sentimento de *anestesia emocional* bem como, uma resistência em acreditar que o diagnóstico é verdadeiro ou está correcto; um período de confusão, agitação emocional e disforia, em que progressivamente o paciente vai reconhecendo a realidade, e por fim, uma fase mais a longo prazo: o paciente volta à sua rotina normal e surgem sintomas de optimismo.

De acordo com estes autores, actualmente enfrenta-se o cancro com maior optimismo do que no passado, «*sin embargo, aún persiste la errónea creencia de que el estrés “mal manejado” produce cáncer*» (Almanza-Muñoz & Holland, 2000, p. 197).

Outros autores como Heim (1978, *In* Šprah & Šoštarič, 2004) descreve este processo em quatro fases, em que num primeiro período dá-se a percepção de alterações fisiológicas e de bem-estar por parte do paciente, começando este a analisá-las. Posteriormente, há uma tentativa de definir a sua doença e fazer estimativas acerca da mesma. Numa terceira fase, os mecanismos defensivos activam-se (*e.g.* negação, projecção, isolamento, racionalização, regressão, etc.) e o processo de *coping* termina com a consolidação cognitiva, emocional e comportamental.

Apesar deste último modelo não ser tão conhecido e referenciado na literatura como o de Lazarus, não deixa de ser importante nesta abordagem às estratégias de *coping* em pacientes oncológicos.

Neste tipo de processos patológicos, não só os pacientes, mas também os companheiros e pessoas mais significativas activam estratégias de *coping* para lidar com esta situação ansiogénica.

Num estudo realizado por Abernethy, Chang, Seidlitz, Evinger & Duberstein (2002), conclui-se que existia uma associação significativa entre mecanismos de *coping* religiosos e depressão. Assim sendo, companheiros (as) que apresentavam níveis moderados de estratégias de *coping* religiosas (e.g. rezar, encontrar conforto na fé, obter apoio dos membros da Igreja) apresentavam menores níveis de depressão, do que aqueles que usavam baixos ou elevados níveis daquelas estratégias.

Segundo um estudo realizado por Dunkell-Schetter *et al.* em 1992 (In Fawzy, Fawzy & Canada, 2000) com pacientes oncológicos, este concluiu que as principais estratégias de *coping* utilizadas eram a procura de suporte social, focalização em aspectos positivos, distanciamento/isolamento, e evitamentos cognitivos e comportamentais.

De acordo com Zabalegui (1999), a procura de suporte emocional traduz-se em receber apoio emocional, procurar mais informação acerca da doença, falar do que sente, procurar apoio e ajuda profissional, enquanto que o isolamento/distanciamento do problema consiste em não pensar na situação, levar a vida como se nada passasse, evitar as pessoas, recorrer a bebidas alcoólicas e drogas, entre outras.

Apesar deste tipo de doença afectar fundamentalmente pacientes adultos, não é exclusiva. Num trabalho realizado por Kyngäs, Mikkonen, Nousiainen, Ryttilahti, Seppänen, Vaattovaara *et al.*, (2001) com pacientes oncológicos com idades compreendidas entre os 16 e os 22, verificaram que as principais estratégias de *coping* utilizadas eram o suporte social, nomeadamente da família, e a crença numa rápida recuperação e retorno à vida normal. Acresce ainda, a recolha de informação acerca do cancro e dos vários tratamentos possíveis, uma atitude positiva perante a vida, crença nos seus próprios recursos e em Deus, bem como força interior para lutar contra a doença. Outros investigadores como Sorgen & Manne (2002), realizaram também um estudo com crianças e adolescentes com cancro em que tentaram compreender a relação entre estratégias de *coping* e percepção de controlo. Concluíram que o uso de estratégias de *coping* focadas no problema estava associado a níveis mais elevados de percepção de controlo, enquanto que as estratégias focadas nas emoções estavam associadas a níveis mais baixos de controlo.

Estratégias de coping e relação com a recuperação/tratamento

Na literatura, encontra-se uma panóplia de estudos no âmbito dos mecanismos de *coping* utilizados por pacientes oncológicos para lidar com a sua doença na generalidade bem como, estudos que relacionam determinados tipos de estratégias e o período de recuperação/tratamento.

Comummente, referencia-se que a sobrevivência a um cancro pode ser influenciada pela forma como o paciente encara e lida com a situação, ou seja, pelo seu estilo de *coping*. Neste sentido, alguns estudos têm vindo a referenciar que um estilo de *coping* caracterizado por um “*espírito de luta*” está associado a um período de recuperação mais longo (Petticrew, Bell & Hunter, 2002). No

entanto, esta ideia não é consensual (Šprah & Šoštarič, 2004). De acordo com uma revisão bibliográfica realizada por Petticrew *et al.* (2002), no âmbito da relação entre estratégias de *coping* psicológicas e resultados em termos de sobrevivência e recuperação, verificou que não existe associação consistente.

O primeiro estudo a relacionar estas duas variáveis foi em 1979, quando um pequeno grupo de estudos em Inglaterra identificou um estilo de *coping* nas pacientes com cancro da mama. Esse estilo caracterizava-se por um “*espírito de luta*” associado a um período mais longo de longevidade. Em oposição, o outro estilo era o de “*ajuda/esperança*” que estava associado a resultados mais fracos em termos de sobrevivência (Petticrew *et al.*, 2002).

No entanto, e como já referenciado anteriormente, nem todos os estudos encontram esta associação (Greer, Morris, Pettingale, 1979, Pettingale, 1985, Greer, Morris, Pettingale, Haybittle, 1990, Morris, Pettingale, Haybittle, 1992, *In Petticrew et al.*, 2002).

Petticrew *et al.* (2002), citam alguns estudos realizados por Greer, Morris e Pettingale (1979) e Gerits (2000) em que se postula que esta associação é biologicamente plausível, para além de já terem sido apresentados na literatura científica vários mecanismos possíveis (*e.g.* mecanismos imunológicos e neuro-endócrinos).

Desta revisão, 26 estudos avaliavam a associação entre estratégias de *coping* psicológicas e sobrevivência, e 11 em termos de recorrência. De todos estes estudos, independentemente da sobrevivência/recorrência, ou não, as principais estratégias de *coping* identificadas foram: a negação e evitamento (15 estudos), ajuda/apoio e esperança (12), espírito de luta (10), ansiedade e depressão (10), aceitação e fatalismo estóico (9), estratégias de *coping* focalizadas no problema (8), e por fim factores emocionais que incluíam a supressão de emoções e estratégias de *coping* focadas nas emoções (6).

Contudo, a principal conclusão que esta revisão bibliográfica vem suportar é de que há pouca evidência empírica que determinadas estratégias de *coping* possam ser determinantes para a recuperação/tratamento a um cancro. A este propósito, Šprah e Šoštarič (2004, p. 39) baseando-se em três estudos, nomeadamente o de Petticrew & Hunter (2002), Ross, Boese, Dalton, Johansen (2002) e Garsen (2002), mencionam que «*there is no evident association between stressful life events, amount of social support, personality, locus of control, coping styles, negative emotional states / psychiatric symptoms, psychiatric diagnosis on repression, imitation and progression of cancer*».

Apesar destas conclusões, não deixa de ser importante apresentar alguns estudos neste âmbito, em que se identificam algumas estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes que parecem serem eficazes no período de recuperação/tratamento, sendo o critério de eficácia um maior período de longevidade ou sobrevivência.

Num estudo realizado para avaliar o grau de associação entre estratégias de *coping* e sobrevivência ao cancro da mama entre mulheres de raça branca (405) e negra (442), em ambos os dois grupos conclui-se que a oportunidade de expressão emocional era uma variável que poderia condicionar positivamente a recuperação/tratamento (Reynolds, Hurley, Torres, Jackson, Boyd,

Chen & Black/White Cancer Survival Study Group, 2000). De acordo com Henderson, Fogel e Edwards (2003) que citam a Sociedade Americana de Cancro (2004), as mulheres afro-americanas com cancro da mama tem uma percentagem menor de longevidade do que as mulheres caucasianas, numa percentagem de 73% e 88%, respectivamente. Na tentativa de compreender esta desfasagem, estes autores mencionam algumas variáveis como baixos níveis de educação, estatuto sócio-económico baixo, seguros médicos inadequados, diagnóstico de cancro numa etapa mais avançada e limitações no acesso aos cuidados de saúde. Para além disto, Henderson *et al.* (2003), mencionam que estas mulheres lidam de maneira diferente com o cancro da mama (Reynolds *et al.*, 2000; Ghafoor, Jemal, Cokkinides, Cardinez, Murray, Samuels & Thun, 2002, Joslyn & West, 2000, *In* Henderson, *et al.*, 2003), uma vez que percepcionam esta doença com uma base cultural específica; sendo as principais estratégias de *coping* ligadas à espiritualidade e ao rezar (Ashing-Giwa, 1999, Giger & Davidhizar, 1999, *In* Henderson *et al.*, 2003).

De acordo com Anagnostopoulos, Vaslamatzis & Markidis (2004), perante uma situação de diagnóstico de cancro, os pacientes não tendem a atribuir a responsabilidade a si próprios, o que permite que estes não se sintam culpabilizados, desenvolvam baixa auto-estima, se isolem, entre outros aspectos. Esta ideia tem subjacente o estudo realizado pelos mesmos autores, em que estes procuraram avaliar se as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama (grupo experimental) e com cancro benigno ou fora de risco eram as mesmas (grupo controlo). A diferença mais significativa que encontraram foi o facto das mulheres do grupo experimental raramente fazerem atribuições de auto-culpabilização, quando comparadas com o grupo de controlo. Todavia, não diferiam deste último grupo em termos de estratégias de *coping*, como o isolamento, aceitação passiva, procura de suporte social, estratégias de *coping* focadas no problema, re-avaliações positivas, distanciamento, entre outras.

Outras estratégias frequentemente utilizadas em mulheres com cancro são os evitamentos cognitivos (não pensar no cancro) e a tentativa de encontrar algum significado na experiência (Jarret, Raminez, Richards & Weinman, 1992, *In* Bigatti & Wagner, 2003).

Num outro estudo realizado por Zabalegui (1999), este investigador procurou avaliar a relação entre mecanismos de *coping* e tensão emocional, concluindo que baixos níveis de tensão psicológica estavam associados a baixos níveis de evitamentos cognitivos e comportamentais, e ainda a elevados níveis de distanciamento, sendo que os mecanismos de *coping* explicavam 36% da variância da tensão psicológica/emocional.

Os resultados inconsistentes na relação entre algumas estratégias de *coping* e tensão psicológica podem dever-se, segundo Jalowiec (1992, *In* Zabalegui, 1999), ao facto de a eficácia do uso de diferentes estratégias relacionar-se com a etapa da doença em que o paciente se encontra ou mesmo os tratamentos que está a realizar. Por exemplo, pacientes com cancro avançado recorrem mais a estratégias focadas nas emoções do que pacientes em fases mais iniciais (Gotay, 1984, *In* Zabalegui, 1999); e tratamentos com base na quimioterapia conduzem a níveis mais elevados de tensão psicológica do que a radioterapia ou imunoterapia (Cull, 1990, *In* Zabalegui, 1999).

Num estudo realizado por Faller e Bulzebruck em 2002 com pacientes com cancro de pulmão, estes investigadores concluíram que um estilo de *coping* depressivo correlacionava-se com um período de recuperação mais curto do que um estilo de *coping* activo, em que esse mesmo período era significativamente superior (ver também, Faller, Bulzebruck, Drings & Lang, 1999).

Tendo em conta o processo doloroso e as consequências psico-emocionais negativas de se sofrer de um cancro, têm surgido no âmbito da Psico-oncologia várias formas de intervenção ou terapias (Fawzy, Fawzy & Canada, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000; Bárez, Blasco & Castro, 2003). No entanto, a partir da década de 80 do século XX, alguns estudos têm procurado avaliar quais os efeitos das intervenções psicológicas na doença oncológica. Neste sentido, Edelman, Craig & Kidman (2000) realizaram uma vasta revisão e identificaram oito estudos, considerados metodologicamente aceitáveis do ponto de vista científico. Dos mesmos, três encontraram evidências para a relação entre intervenções psicológicas e tempo de sobrevivência, enquanto que cinco, não encontraram qualquer relação. Tal como foi referenciado em relação às estratégias de *coping*, parece não existir um consenso relativamente à influência destas variáveis no tempo de sobrevivência pós-diagnóstico do cancro.

Intervenção Psicológica na doença oncológica

O diagnóstico de cancro arrasta consigo um conjunto de dúvidas, mitos e mesmo medo, não só para o paciente directamente, como também para familiares e amigos, razão pela qual a intervenção de cariz psicológico com o doente oncológico se deve alargar a outros sistemas de interacção.

Uma das primeiras reacções ao diagnóstico de cancro é a incredulidade, seguida de sentimentos de negação, raiva, ansiedade e culpa. A doença é por vezes experienciada como real pelo doente apenas quando este é submetido aos tratamentos e os efeitos secundários se começam a evidenciar (*Y-Me National Breast Cancer Organization*).

Neste contexto, o psicólogo tem um grande potencial interventivo, desde que com formação e conhecimento na área (Venâncio, 2004).

Vários artigos têm apontado para a influência positiva de uma intervenção psicológica na melhoria do funcionamento psicológico/emocional e biológico, e na adopção de comportamentos pró-saúde (Andersen, Farrar, Golden-Kreutz, Glaser, Emery, Crespín *et al.*, 2004). Em última análise, esta influência repercute-se numa melhoria da qualidade de vida do paciente (Carlson & Bultz, 2003).

Uma intervenção o mais precoce possível dirigida ao doente e cuidador é fundamental na prevenção do stress psicológico (Hodges, Humphris & MacFarlane, 2005). No entanto, isto implica a realização de uma avaliação rigorosa, particularmente quanto aos estados emocionais do paciente uma vez que frequentemente os pacientes apresentam índices de *stress* elevados mas nem sempre reconhecidos pelos profissionais de saúde que prestam cuidados (Keller, Sommerfeldt, Fischer,

Knight, Riesbeck, Lowe, *et al.*, 2004). Aliás, um estudo realizado por Söllner, DeVries, Steixner, Lukas, Sprinzl, Rumpold *et al.*, (2001) conclui que os médicos oncologistas revelam uma incapacidade em determinar quando os seus pacientes necessitam de apoio para lidar com o stress.

Uma das principais tarefas do psicólogo que trabalhe no contexto da doença oncológica consiste em apoiar o doente a lidar com as mudanças habitualmente associadas ao cancro e seus tratamentos (APA Help Center, 2004). Para além disso, prevenir e atenuar os sintomas físicos e emocionais relacionados com o tratamento, trabalhar a atribuição de novos significados ao processo que o acomete ou ainda, identificar, debelar e erradicar sintomatologia psiquiátrica (Gimenez, 1997, Netto, 1997, *In Venâncio*, 2004).

A intervenção do psicólogo não se restringe apenas ao período de tratamento médico (Venâncio, 2004) dado que existem algumas sequelas emocionais que perduram por longos anos, podendo a sua recuperação ser mais morosa que a física (APA Help Center, 2004).

O psicólogo poderá ter ainda um papel fundamental ao nível da reconstrução da auto-imagem e auto-estima do doente. Segundo o APA Help Center (2004) «*although societal pressure to get everything back to normal is intense, breast cancer survivors need time to create a new self-image that incorporates both the experience and their changed bodies*».

A família é igualmente um alvo de intervenção necessário, uma vez que também se vê emocionalmente afectada pelo diagnóstico de cancro. O trabalho poderá passar por incentivar vínculos, potenciar a comunicação e promover o seu envolvimento nas tomadas de decisão do paciente (Santos & Sebastiani, 1996, *In Venâncio*, 2004). Segundo um estudo realizado por Edwards & Clarke (*in press*), as famílias que se apresentam como *mais abertas*, que frequentemente expressam os seus sentimentos sem receio e se empenham activamente na resolução dos problemas apresentam níveis mais reduzidos de depressão.

É importante ter presente que, embora uma situação desta natureza possa estimular ou fortalecer as interacções familiares, pode também gerar stress, estigma e evitamento por parte dos mesmos (PATH & EngenderHealth, 2003). O doente oncológico poderá passar a depender a vários níveis da família e amigos; reestruturam-se papéis e modificam-se relações; estabelecem-se novas responsabilidades, entre outros aspectos. Por tudo isto, é necessário envolver a família como elemento alvo de intervenção (Davey, Gulish, Askew, Godette & Childs, 2005; PATH & EngenderHealth, 2003).

Assim, vários autores apelam para a necessidade de se desenvolver um trabalho multidisciplinar com o paciente oncológico (Andersen *et al.*, 2004; Venâncio, 2004; National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services, 2002a). Na tabela I são apontados alguns profissionais e técnicos que podem colaborar na prestação de cuidados, tanto do ponto de vista emocional e psicológico como físico, bem como respectivo potencial de trabalho junto do doente.

Psiquiatra

Necessidade de medicação para combater sintomas como a ansiedade, depressão, perturbações de sono, entre outros.

Psicólogo

Proporcionar terapia e aconselhamento.

Enfermeiros

Apoiar na implementação de cuidados estabelecidos pelo médico, como por exemplo, administrar medicação e supervisionar os efeitos secundários. Podem ainda, fornecer material psico-educacional sobre a doença bem como realizar visitas domiciliárias.

Serviços de assistência domiciliária

Assistir os pacientes em casa no apoio a tarefas básicas que o doente não consegue concretizar (e.g. movimentar-se cozinhar, tomar banho, etc.).

Especialistas na Reabilitação

Apoiar na recuperação de algumas funções físicas decorrentes da doença ou tratamento. Citam-se como exemplos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, etc.

Serviços de nutricionismo

Os serviços relacionados com o nutricionismo são importantes nos pacientes oncológicos uma vez que a perda de peso é bastante frequente. Assim, estes profissionais podem apoiar o doente sugerindo alimentos com mais calorias, proteínas e vitaminas essenciais, etc.

Apoio religioso e espiritual

Alguns doentes podem obter em elementos ligados à religião e espiritualidade maior apoio emocional, coragem e sentimento de esperança para enfrentarem situações difíceis da sua doença.

Hospitalização ou Cuidados paliativos

Especialmente dirigidos para pacientes oncológicos que se encontram em fase terminal e com o objectivo de prover maior conforto e controlo de sintomas físicos (e.g. dor).

Tabela I. Equipa multidisciplinar no cuidado ao doente oncológico, adaptado de *National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services* (2002a).

Uma questão particularmente delicada no processo de intervenção com o doente oncológico relaciona-se com a comunicação do estado real do doente, quer da parte da equipa médica, quer dos familiares que obtêm acesso à informação previamente a este. Assim, é frequente os familiares próximos do paciente serem reticentes em informar ao doente a sua condição clínica real, especialmente se for uma doença terminal. Isto poderá verificar-se uma vez que os mesmos postulam que a notícia será demasiado dolorosa para o doente, o seu estado de saúde ficará mais delicado ou possa desmotivar-se e desinvestir no processo de recuperação (*PATH & EngenderHealth, 2003*).

Embora exista alguma controvérsia à volta deste tópico, alguns autores apontam que não se deva esconder esse dado. Isto permite ao paciente, por um lado, ter confiança na equipa de profissionais que o circunda, por outro, habilitar-se para melhor lidar com a doença e tratamento (Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001, *In Venâncio, 2004*). Segundo o *PATH & EngenderHealth*

(2003) e a partir da sua experiência no cuidado a pacientes com cancro cervical, «*not giving a woman the chance to discuss her illness and plan for her death can take away her dignity. Explaining this to family members can help them understand that even though telling her may be hard, it almost always helps everyone cope with the situation*».

No caso de crianças com doença oncológica, na literatura sugere-se igualmente que não se esconda a situação da criança, uma vez que é frequente ela própria se aperceber que algo de errado se está a passar (*UCSF Medical Center*).

Alguns autores como Katz & Jay (1984, *In* Suzuki & Kato, 2003) advogam que a comunicação entre pais e criança com doença oncológica deve ser o mais honesta e directa possível. Crianças que estão mais informadas sobre o seu diagnóstico habitualmente apresentam níveis de ansiedade e depressão mais reduzidos (Last & Van Veldhuizen, 1996) e evidenciam uma auto-imagem mais positiva (Jamison, Lewis, & Burish, 1986).

A colaboração dos pais neste processo é fundamental, especialmente em apoiar a criança a melhor lidar com a sua doença e respectivos tratamentos (Jacobsen, Manne, Gorfinkle, Schorr, Rapkin & Redd, 1990). Weekes, Kagan, James & Seboni (1993) referem que o simples agarrar da mão do adolescente com cancro pela mão durante os tratamentos é uma estratégia bastante eficaz, na medida em que é interpretado como uma sensação de segurança e ajuda a reduzir a ansiedade e tensão. Outras estratégias são, por exemplo, tarefas distractivas, respiração pausada e reforço positivo (Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle, Schorr & Rapkin, 1990).

Alguns procedimentos de tratamento causam efeitos secundários incomodativos, como por exemplo, dores, fadiga, vómitos e náuseas, que nem sempre são claros para os profissionais e familiares que acompanham a criança. Para o efeito, poder-se-á utilizar uma escala como a representada na figura I. Embora seja simples, este tipo de escala deve ser utilizada com crianças com três ou mais anos de idade (*National Comprehensive Cancer Network, 2005c*).



Figura I. Escala lúdica de 5 pontos para avaliação de sintomas como a dor em crianças com cancro (reprodução com autorização de *Pfeizer*).

Um estudo português realizado por Azeredo, Amado, Silva, Marques & Mendes (2004) com crianças oncológicas revela algumas conclusões interessantes para a actuação e/ou intervenção do

psicólogo. Segundo este mesmo estudo, como não poderia deixar de ser, quando é diagnosticado cancro a uma criança existe um conjunto de papéis e funções parentais que se vêem na iminência de alterar. No caso de haver um sistema fraternal, habitualmente os irmãos da criança oncológica também se vêem afectados do ponto de vista emocional. Pese embora o impacto negativo e a disfuncionalidade que esta situação acarreta para o sistema familiar, pode verificar-se o contrário, ou seja, intensificar-se a coesão familiar.

Este estudo revela que ao nível da manifestação de sentimentos pelas mães das crianças oncológicas, estes variam de acordo com 3 aspectos: idade da criança com cancro, funcionalidade do sistema familiar e ainda resultados terapêuticos obtidos (Azeredo *et al.*, 2004). Uma intervenção o mais precoce possível com os pais é importante pois «no início do cuidar os pais sentem-se assustados, incompetentes, esperando com ansiedade o momento em que todo o cuidar recai sobre eles; muitos destes medos resultam da inexperiência no cuidar» (Rebelo, 1988, *In Azeredo et al.*, 2004).

Existem vários aspectos que poderão estar na base da disfuncionalidade e disrupção de uma família e que se enunciam na tabela II. Compreendendo-os, é possível delinear uma estratégia para se intervir, aumentando assim as hipóteses de sucesso.

Tabela II. Factores de disfuncionalidade familiar segundo Davis, Steele (1991) e Goodall (1990, *In Azeredo et al.*, 2004).

-
- Hesitação e não acordo (entre os membros do sistema familiar) quanto à comunicação do diagnóstico à criança
 - Sentimento de medo da perda
 - Assistir ao sofrimento da criança
 - Temor em não ser capaz de lidar com a doença
 - Medo de não saber e conseguir dar um bom cuidado à criança
-

É importante ter em atenção que, o medo da perda é um sentimento bastante frequente evidenciado pelos pais, até porque, essa possibilidade é interpretada como que uma situação contra-natural, ou seja, é normal serem os pais a falecerem primeiro que os filhos e não a situação inversa. Outro sentimento é a culpa, como se fosse uma espécie de paga por algo que eventualmente tenham feito de errado (Azeredo *et al.*, 2004).

Nesta faixa etária, destaca-se o papel central de aluno, que igualmente se vê afectado pela condição clínica da criança ou adolescente. Por um lado, pela fragilidade da situação clínica, necessidade de internamento para tratamento e atitude super protectora dos pais, por outro, o medo da rejeição por parte dos colegas. O reajustamento da criança ou adolescente ao contexto escolar torna-se assim fundamental, bem como um olhar atento às necessidades típicas de cada etapa (Chekryn, Deegan, & Reid, 1986; Lansky, List, & Ritter-Sterr, 1986)

Alguns autores sugerem que se deva normalizar a situação escolar da criança (Katz, Varni, Rubenstein, Blew & Hubert, 1992), ou seja, procurar que a esta frequente o sistema escolar habitual, embora as taxas de absentismo sejam significativas (Azeredo *et al.*, 2004).

Neste contexto, o psicólogo escolar poderá ter um papel fundamental, por exemplo, no apoio da criança na readaptação à escola, através da implementação de programas psico-educacionais sobre cancro nas turmas (Suzuki & Kato, 2003). Com isto, poderá ser possível evitar ou atenuar o isolamento e rejeição da criança doente, por outro, intervir ao nível da modificação de mitos/ideias preconceituosas e erradas que possam estar incutidas nas crianças (Chalmers, Kristjanson, Woodgate, Taylor-Brown, Nelson, Ramserran, *et al.*, 2000). Destaque-se o programa implementado por Katz *et al.* (1992) que integrava apoio individualizado à criança doente, apresentações psico-educativas sobre a doença na escola e uma ligação estreita entre escola-hospital.

De acordo com Azeredo *et al.*, (2004), isto é importante para a criança e família «*pois significa a continuação da vida, a esperança no futuro e a tentativa de restabelecer o equilíbrio*».

Assim, o professor é um elemento fundamental no processo de adaptação criança-escola e escola-criança, no entanto, ele próprio poderá ter dificuldade em lidar com a situação do aluno. Neste sentido, sugere-se que este inicie por obter informação sobre o aluno, principalmente junto dos pais. Junto da turma, o professor poderá *a)* procurar responder a dúvidas dos alunos, *b)* não demonstrar atitude de piedade para com o aluno, *c)* valorizar a capacidade do aluno como da turma em lidar com aquela situação, *d)* permitir que o aluno participe sempre nas actividades, mesmo que adaptando a sua participação e *e)* desmistificar ideias erróneas sobre a doença através de actividades estruturadas (*Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer*). No estudo de Varni, Katz, Colegrove & Dolgin (1993) em que 64 crianças foram alvo de um treino de competências sociais, que incluía treino de resolução de problemas (relacionados com o problemas interpessoais decorrentes do *ter uma doença*), treino de assertividade e como lidar com “*as piadas*” verbalizadas por outras crianças. Concluiu-se que com este treino as crianças com cancro apresentavam menores problemas comportamentais, melhorias na ansiedade (redução) e auto-estima. Outros estudos destes mesmos autores sugerem a importância do grupo de pares na adaptação da própria criança à sua doença (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994).

No caso da criança estar internada no hospital, é bastante importante que esta continue a se sentir integrada na sua turma. Para tal, pode-se trabalhar com a turma a realização de pequenas lembranças para levar ao hospital, por exemplo, um desenho, uma visita dos colegas, *etc.* (*Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer*).

Um estudo realizado por Saba (1991, *In* Suzuki & Kato, 2003) vem um pouco de encontro ao que se tem vindo a apresentar, concluindo que as crianças que pontuavam mais na medida de suporte pelos pares tendiam a apresentar níveis mais elevados de esperança do que aqueles que estavam mais isolados do grupo de pares.

Em suma, é fundamental proporcionar à criança a capacidade de obter novamente controlo e capacidade de tomada de decisão sobre a sua vida (ainda que supervisionada pelos pais), recuperar o lugar que sempre teve na família e readquirir a sua imagem corporal, auto-estima e identidade (Oppenheim & Hartmann, 2000).

Quando é um familiar que tem cancro, seja pai, mãe ou irmãos, existem várias formas de informar a criança adequadamente sem que esta seja afectada. Na tabela III são enunciadas algumas sugestões pela *UCSF Medical Center* e uma pequena exposição acerca das mesmas.

Tabela III. Considerações na comunicação à criança de um diagnóstico de cancro num familiar, adaptado de *UCSF Medical Center*.

Falar sobre a doença	Embora o adulto se possa exprimir bem sobre o que é o cancro, poderá ser complicado e difícil para algumas crianças compreender a doença. Com crianças mais novas poderá dizer-se algo como “O pai está muito doente, e por isso ele foi para o hospital para ficar bom!”, enquanto que com crianças mais velhas, dever-se-á fornecer informação mais detalhada.
Treinar aquilo que se vai dizer	Transmitir com calma e seriedade o problema que um familiar tem é fundamental, para que se possa diluir receios e medos da criança. Para tal, e para que a criança encontre no discurso do adulto uma certa espontaneidade, este poderá treinar antecipadamente.
Evitar a culpabilidade	É frequente as crianças se culpabilizarem por algo de mal que aconteça a um pai ou a um irmão, pelo que é importante clarificar com as mesmas que ninguém jamais poderia causar aquela doença naquele familiar.
Explicar que o cancro não é uma doença contagiosa	Dadas algumas doenças infantis serem contagiosas, a criança poderá pensar que o cancro também o é. Há que desmistificar esta ideia com a criança, bem como outros membros da família.
Procurar balancear o optimismo com o pessimismo	Embora algumas crianças possam não apresentar maturidade cognitiva suficiente para perceber o que se está a passar, com aquelas que reconhecem é importante comunicar não só uma atitude optimista, como também negativista, quando o assim seja. Isto evitará que a criança se confunda (e.g. a mãe dizer que está tudo bem com ela quando chora todos os dias porque o tratamento não está a surtir efeito).
Manter em contacto com a criança	No caso de ser uma mãe que está hospitalizada, esta deverá manter contacto com a criança, evitando assim que esta pense que a sua mãe não quer voltar para casa.
Valorizar os sentimentos das crianças	Tal como os adultos, as crianças poderão evidenciar vários sentimentos em relação à pessoa doente: raiva, tristeza, confusão, entre outras. Estas reacções são normais e é importante a criança saber que o adulto também as tem e que não há problema em manifestá-las.
Responder de forma honesta às questões	Quando o adulto é bombardeado de questões pela criança sobre o cancro, este deverá responder sinceramente às mesmas ou responder “Eu não sei” quando for o caso. Para as crianças é mais importante sentirem-se confortáveis com o que o adulto lhes diz do que a quantidade de informação que adquirem.
Apoiar a criança a compreender o tratamento	Tal como se explica a doença, o tratamento deve ser igualmente abordado, sempre explicado para que a criança compreenda. As crianças habitualmente recebem aquilo que não conhecem e catastrofizam uma situação como terrível, mais do que ela é na verdade.
Preparar antecipadamente a criança para os efeitos secundários do tratamento	Os efeitos do cancro bem como do tratamento do cancro são vários, e a criança poderá não compreendê-los se não se explicar o porquê. Neste sentido, sugere-se explicá-los antes que os mesmos se manifestem.
Deixar a criança ajudar mas não sobrecarregá-la de responsabilidades	A criança ao poder ajudar a mãe (ou outro familiar) em tarefas simples, ajudará a que se sinta útil e que contribuiu para o bem-estar da mesma. No entanto, jamais se deve sobrecarregar a criança com responsabilidades e exigências, pois poderá criar nesta grande ansiedade. É saudável a criança ter tempo para brincar e relaxar.

Estar preparado para discutir a problemática Morte	<p>Falar sobre a morte com crianças é bastante difícil, uma vez que o próprio adulto poderá não sentir-se à vontade para tal.</p> <p>Um primeiro aspecto a ter em conta será a idade da criança, uma vez que a ideia de morte varia de acordo com a idade, sendo que só a partir dos 10 anos de idade é que esta tem consciência que a morte é o fim da vida e não um simples adormecer.</p> <p>Quando conversar com a criança sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ser clara e evitar ser vaga, pois a confundirá mais - não usar termos como “a mãe dormiu para sempre” ou “está a dormir”, uma vez que a criança pensará que dormir é como a morte e assim desenvolver medo e receios relacionados com o dormir - ser paciente. A criança poderá demorar algum tempo a compreender e a digerir o que aconteceu. Uma atitude protectora não é benéfica para a criança.
---	--

Todos estas sugestões são importantes uma vez que «*it is not uncommon for young children to think their actions somehow caused a parent or sibling to get cancer*» (UCSF Medical Center).

Como tem vindo a ser mencionado ao longo desta exposição, o campo de intervenção do psicólogo não se restringe exclusivamente à pessoa doente. O mesmo se aplica à etapa de evolução da doença em que o paciente se encontra, sendo pois susceptível de intervenção em qualquer etapa (pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento, fase terminal, *etc.*).

Cuidar de um doente oncológico em fase terminal pode ser bastante desgastante, não só do ponto de vista físico como emocional. Neste sentido, é importante que o cuidador (quer um técnico especializado quer familiar próximo) não só esteja atento aos seus sentimentos como também deve procurar não exigir demais de si na prestação dos cuidados, que possa colocar em causa a qualidade do mesmo. Na tabela IV são enunciados alguns sinais que podem ser indicadores de um menor bem-estar pessoal e profissional bem como formas de evitar ou ultrapassar essa problemática.

Tabela IV. Aspectos a ter em conta pelos cuidadores de pessoas com doença oncológica na prestação de cuidados, adaptado de *PATH and EngenderHealth* (2003).

-
- Desmotivação no desempenho do trabalho;
 - Manifestação e/ou aumento de problemas físicos (*e.g.* cansaço acentuado, dores de cabeça frequentes, problemas estomacais, alterações a nível do sono, *etc.*);
 - Não demonstrar um relacionamento positivo e suportivo para com o paciente, acentuando-se mais facilmente alg uma agressividade, falta de paciência, *etc.*;
 - Experimentar sentimentos de baixa auto-estima e confiança, que se podem traduzir no questionamento das próprias competências para desempenhar o trabalho. É fundamental encontrar formas de *cut-off* com o trabalho no final do dia;
 - Procurar formas de relaxar;
 - Envolver-se em *hobbies* ou realizar exercício físico, uma vez que poderão ser duas formas de reduzir o stress e obter satisfação;
 - Manter um padrão de relacionamento social;
 - Ter tempo para si próprio é necessário, como por exemplo, tirar uns dias de férias (especialmente quando o doente faleceu ou o volume de trabalho acentuou-se);
 - Reconhecer as próprias limitações e necessidades.
-

Especificamente dirigido para familiares e amigos que se ocupam do cuidado do paciente é fundamental que tenham tempo para cuidar de si próprios. Caso seja possível, o cuidador deverá partilhar as tarefas com outros familiares e estar atento a sintomas de ansiedade e depressão. Para tal, é importante incentivar a partilha de emoções com outros para si significativos e definir uma ou várias pessoas com quem contactar aquando de períodos delicados (*PATH and EngenderHealth, 2003*).

Do ponto de vista dos formatos de intervenção psicológica, na literatura são apontados vários, embora se sugira igualmente mais investigação sobre a sua eficácia (Stanton, 2005). Por outro lado, é conveniente averiguar quais as necessidades do paciente e o que tem sido realizado nesse âmbito.

Segundo Ferreira (1997, *In Venâncio, 2004*), aquilo que mais preocupa os pacientes oncológicos diz respeito ao sentimento de falta de controlo sobre a própria vida, medo da solidão e da morte, sentimento de impotência e fracasso, e por fim, receio dos efeitos secundários do tratamento.

Um dos programas internacionais mais conhecidos é o implementado em Johns Hopkins pela equipa de Zabora *et al* (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, Piantadosi, 2001, Zabora, BrintzenhofeSzoc, Jacobsen, Curbow, Piantadosi, Hooker, *et al.*, 2001, Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp, *et al.*, 1997, Zabora, Smith-Wilson, Fetting, Enterline, 1990, *In Carlson & Bultz, 2003*) que se esboça na figura II.

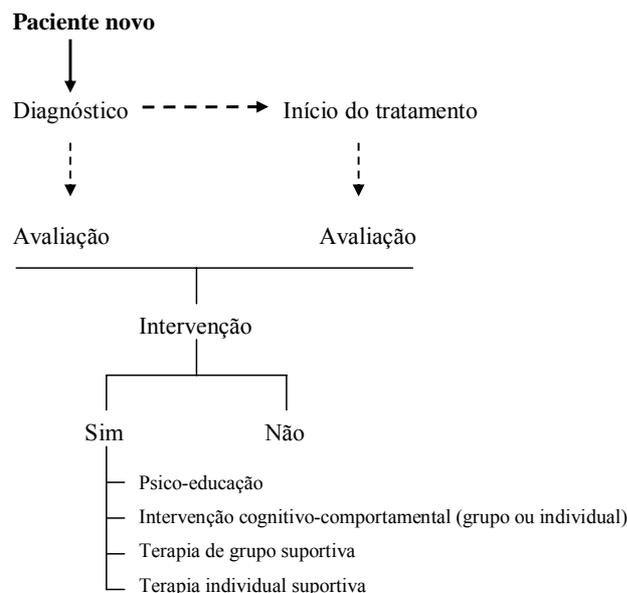


Figura II. Programa de intervenção para doentes com cancro de Zabora *et al.*, (*In Carlson & Bultz, 2003*).

Com este modelo procura-se avaliar o mais precocemente problemas de stress no paciente, com o intuito de promover uma intervenção o mais eficaz possível, evitando assim, o desenvolvimento de problemas psico-sociais futuros (Carlson & Bultz, 2003).

A intervenção ocorre ao longo de três grandes fases: diagnóstico, pós-tratamento ou durante o tratamento e erradicação da doença ou morte (Schneiderman, Antoni, Saab & Ironson, 2001, *In* Carlson & Bultz, 2003). No entanto, algumas modalidades de intervenção têm sido apontadas como sendo mais eficazes em fases específicas, nomeadamente, a psicoeducação durante a fase de diagnóstico ou pré-tratamento. Isto deve-se ao facto de ser uma fase em que o paciente necessita de informação abundante e significativa. Por outro lado, a terapia de grupo suportiva tem sido indicada para a fase mais avançada da doença (Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb & Spiegel, 1999). Por sua vez, a intervenção cognitivo-comportamental (*e.g.* relaxamento, treino de coping do stress, *etc.*) é sugerida para a fase de tratamento prolongado (Bottomley, 1997, Fawzy, 1995, *In* Carlson & Bultz, 2003).

A psico-educação é uma estratégia de intervenção vulgarmente utilizada neste contexto e tem sido apontada como sendo eficaz na redução de sintomas depressivos (Barsevick, Sweeney, Haney *et al*, 2002) e no apoio ao doente para lidar com stress psicológico, embora a curto prazo (Boesen, Ross, Frederiksen, Thomsen, Dahlstrøm, Schmidt *et al.*, 2005).

Existem vários programas construídos para o efeito, variando de acordo com a população alvo. Assim, na tabela V apresentam-se conteúdos susceptíveis de serem abordados segundo diferentes autores.

Tabela V. Exemplos de conteúdos a abordar em programas psico-educacionais com doentes oncológicos.

<ul style="list-style-type: none"> - Informação e educação de conteúdos relacionados com a saúde - Competências de resolução de problemas - Treino de manejo de stress - Suporte psicológico <p style="text-align: right;">Boesen, Ross, Frederiksen, Thomsen, Dahlstrøm, Schmidt, Næsted, Krag & Johansen, 2005</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre o cancro - Informação sobre os tratamentos possíveis - Estratégias de coping eficazes para lidar com a doença <p style="text-align: right;">Katz, Irish & Devins, 2004</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre a doença, tratamentos e efeitos secundários - Como intensificar a comunicação paciente- equipa de saúde - Conferir <i>empowerment</i> não só a pacientes como seus cuidadores e família através de pequenas experiências comportamentais e materiais psico-educativos - Apresentar estratégias específicas que reforcem as mensagens educacionais apresentadas e que ajudem o paciente a lidar com os efeitos secundários <p style="text-align: right;">Golant, Altman & Martin, 2003</p>

Os grupos de apoio ou suporte são também modalidades de intervenção frequentemente sugeridas e utilizadas por doentes oncológicos. Têm como objectivo fomentar a partilha e debate de formas de lidar mais eficazmente com a doença, quer do ponto de vista emocional como prático, e destinam-se a doentes oncológicos e/ou família e amigos. Os grupos de apoio deverão ser construídos e adaptados às necessidades reais dos seus membros (*Y-Me National Breast Cancer Organization; National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services, 2002b*), sugere-se que os elementos que constituem o grupo estejam numa etapa da doença similar e devem ser dirigidos por um psicólogo ou profissional da área de saúde com experiência alargada no campo (*APA Help Center, 2004*).

Em síntese, estes grupos procuram apoiar o doente a se sentir menos sozinho e abandonado e, por outro lado, ajudar a lidar com as mudanças que uma doença como o cancro acarreta (*National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services, 2002b*).

De acordo com um estudo realizado por Helgeson & Cohen (1996) os pacientes com cancro consideram mais benéfico intervenções psico-educacionais que simplesmente discussões de grupo, com efeitos positivos a vários níveis: mecanismos de auto-estima, recuperação de sensação de controlo, sentimento de optimismo em relação ao futuro, atribuição de novos significados à experiência e promoção do processamento emocional.

Do ponto de vista dos modelos teóricos subjacentes à intervenção neste âmbito, o modelo cognitivo-comportamental tem sido apontado como o mais empregado (Caprilli, Robiglio, Abeti & Teodori, 2004). Na tabela VI são apresentadas algumas das estratégias e técnicas mais utilizadas com estes pacientes.

Tabela VI. Estratégias utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental com pacientes oncológicos.

Distracção: tem como objectivo mobilizar a atenção do doente da sensação dolorosa para focalizar noutro estímulo, diminuindo assim o desconforto do paciente (Caprilli *et al.*, 2004). Esta estratégia é bastante útil com crianças que estão a ser submetidas aos procedimentos habituais de tratamento da doença (Suzuki & Kato, 2003).

Imaginação e visualização guiada: implementada bastante com crianças, por exemplo, pedindo que imagine algo (Caprilli *et al.*, 2004). Tal como a distracção, um dos principais objectivos é permitir ao paciente tornar uma experiência dolorosa numa mais agradável e confortável, promovendo sempre o seu bem-estar (Y-Me National Breast Cancer organization; Roffe, Schmidt & Ernest, 2005).

Relaxamento e respiração: com esta técnica procura-se reduzir sensações dolorosas associadas ao tratamento, bem como outras sensações como a ansiedade, rigidez e tensão muscular. Na prática, é pedido ao doente (criança ou adulto) para respirar devagar, profundamente e com o mesmo ritmo, seguida do relaxamento de alguns músculos (Caprilli *et al.*, 2004). Em adultos, o relaxamento progressivo permite ao

doente ter algum controlo da situação, diminuindo assim, o sentimento de impotência que envolve a doença (Venâncio, 2004).

Preparação pré-procedimental: conferir informação procedimental sobre a doença e os tratamentos (o que é que vai ser feito), bem como sensorial, por exemplo, o que vão sentir (Caprilli *et al.*, 2004). Este tipo de intervenção ajuda a reduzir ansiedade dos doentes bem como a obter uma maior sensação de controlo da doença.

Uma das aplicações práticas de algumas destas estratégias é na fadiga, um de entre os vários sintomas da doença ou do próprio tratamento. O paciente deve ser encorajado a monitorizar o padrão de fadiga durante a fase de tratamento e posteriormente, explicando ao paciente que a manifestação deste sintoma não significa uma progressão da doença. Existem várias estratégias que ajudam a controlar mais eficazmente a fadiga e enquadram-se nos princípios da conservação da energia e distração (*National Comprehensive Cancer Network*, 2005a).

Quanto à primeira que tem como objectivo «*to maintain a balance between rest and activity during times of high fatigue so that valued activities can be maintained*», salienta-se o estabelecimento de actividades ou tarefas por grau de prioridade; delegar tarefas; mobiliário que facilite a movimentação e ao mesmo tempo evitar grandes esforços (*e.g.* cama com sistema eléctrico); tirar algumas sestas (sono diurno), mas que não sejam prejudiciais para o sono nocturno; estabelecer uma rotina (estruturada); envolver-se numa actividade de cada vez, *etc.* Quanto à distração, o paciente poderá envolver-se em actividades que sejam prazerosas e que ajudem a desfocar a atenção dos sintomas (*National Comprehensive Cancer Network*, 2005a). Em crianças, esta poderá concretizar-se mediante os jogos de vídeo durante procedimentos dolorosos do tratamento (Sander Wint, Eshelman, Steele, & Guzzetta, 2002; Schneider & Workman, 2000; Kolko & Rickard-Figueroa, 1985).

Existem outras formas de intervenção embora menos exploradas e estudadas, mas que é relevante salientar. Assim, destaque-se o *counselling* genético (Bish, Sutton, Jacobs, Levene, Ramirez & Hodgson, 2002) e o Yoga (Shannahoff-Khalsa, 2005).

O bem-estar psicológico destes doentes não passa exclusivamente pelo apoio profissional do psicólogo ou equipa médica, mas também pela família e amigos. No entanto, por mais desejável que seja contribuir para esse bem-estar a actuação de cada um é por vezes rodeada pela ideia de “*não saber o que fazer*”. O *Massachusetts General Hospital – Cancer Center* (tabela VII) apresenta várias sugestões que deverão sempre que possíveis serem complementadas com informação dos profissionais que trabalham neste campo e têm experiência.

O próprio doente poderá ter dificuldade em lidar com a sua doença e com aqueles que de alguma forma o procuram apoiar. O *Y-Me National Breast Cancer Organization* sugere que o paciente deve ser honesto e directo acerca do que os familiares e amigos podem fazer por ele, procurando não assumir que os outros sabem do que realmente precisa. Em caso de hospitalização ou necessidade de repouso em casa, ser sincero quanto à necessidade ou não da presença de visitas, e acima de tudo ter presente que mesmo as outras pessoas estão a aprender a lidar com a situação (*Y-Me National Breast Cancer Organization*).

Tabela VII. Sugestões de como ajudar um familiar ou amigo com doença oncológica, adaptado de *Massachusetts General Hospital – Cancer Center*.

- Estar presente e manifestar apoio incondicional;
- Procurar não tranquilizar automaticamente a pessoa quando esta expressa temor ou preocupação;
- Relembrar à pessoa as suas qualidades especiais ou como conseguiu ultrapassar outras situações dolorosas;
- Procurar não dar uma sugestão, pois poderá parecer que apenas existe uma solução. Dever-se-á sim incentivar o debate de várias soluções que estão ao alcance do paciente, pois poderá ajuda-lo na tomada de decisão;
- Procurar não estabelecer comparações com outras pessoas que se conhece que tenham tido cancro;
- Procurar manter em segredo a doença da pessoa, com excepção se esta desejar que se torne conhecido por outras pessoas;
- Com colegas de trabalho com a doença procurar manter um relacionamento normal, evitando bombardear com perguntas sobre a evolução do tratamento;
- Valorizar a pessoa pela sua capacidade de lutar contra a doença, mas quando isso de facto se verifica, e não fazê-lo indiscriminadamente;
- Ter em atenção em usar frases como “Vais ficar bem”. A pessoa poderá sentir-se mais rejeitada do que apoiada;
- Nas tarefas de rotina, procurar oferecer apoio em tarefas específicas. No entanto, é preciso ter presente que algumas pessoas em fase inicial da doença nem sempre estão preparadas para receber ajuda de outras. Para alguns doentes, poderá ser bastante reconfortante manter as actividades que antes mantinham.

A **morte** é um dos tópicos mais desconfortantes em abordar com doentes, familiares, amigos e mesmo cuidadores. A preparação da morte é uma etapa fundamental, devendo-se encorajar o paciente e entes queridos a comunicar os seus sentimentos, desejos, angústias, entre outros. O doente deve ser envolvido no planeamento e tomada de decisões com o intuito de reduzir a ansiedade e atingir uma espécie de reconciliação e, honestamente, abordar o curso e progressão da doença. É

importante que a família ou cuidadores sejam capazes de assegurar que farão de tudo para manter o doente confortável, contando para tal, com o apoio da equipa que acompanha o doente.

O doente não deverá ser afastado do contexto familiar habitual, procurando sim, que participe das conversas e actividades familiares diárias. Em alguns momentos o doente poderá desejar ficar sozinho, sendo por isso importante a família consciencializar-se e aceitar essa vontade (*PATH and EngenderHealth, 2003*). Neste período, para além dos cuidados médicos indispensáveis deve-se procurar evitar o prolongamento do sofrimento e morte do paciente, promovendo sempre que possível um sentimento de controlo (*National Comprehensive Cancer Network, 2005b*). Relativamente a este último aspecto, na prática poderá concretizar-se em o doente ter oportunidade de fazer a divisão de bens materiais pela família, querer que um objecto especial seja dada a uma pessoa, assuntos relacionados com o processo fúnebre, entre outros.

Em casos de doença crónica, de acordo com um estudo realizado por Steihauser, Clipp, McNeilly, Christakis, McIntyre e Tulsky (2000; Breitbart, Gibson, Poppito & Berg, 2004), o apoio psicossocial e espiritual são tão fundamentais para pacientes e familiares, como os cuidados físicos. Na prática, o psicólogo, os familiares ou cuidadores poderão promover o contacto dos doentes com elementos significativos para si neste contexto (*e.g.* o padre ou diácono da sua Vila) (*PATH & EngenderHealth, 2003*).

Pode acontecer o doente envolver-se mais activamente em actividades que não havia realizado até ao momento. Nestas situações, uma atitude protectora por parte dos familiares é frequente. No entanto, o paciente deve ser encorajado a manter as actividades prévias ao momento da doença, como por exemplo, ir ao café, sair com os amigos, até ao momento que o achar necessário. Ao doente deve ser dada a possibilidade de escolha e tomada de decisão, o que lhe permite obter uma sensação de controlo nas mudanças que ocorrem na sua vida (*PATH & EngenderHealth, 2003*).

A capacidade de lidar com a dor e os sintomas da doença, a tomada de decisões adequadas, a capacidade de contribuir para os outros e sentir-se uma pessoa como um todo, são alguns dos componentes de uma morte em paz (Steihauser *et al.*, 2000).

O enfoque nos últimos momentos de vida do doente deverá ser no sentido de lhe proporcionar o maior conforto possível, procurando-se evitar que o doente se sinta sozinho. Neste momento, pegar na mão, sentar-se ao lado, rezar, entre outros actos, podem ser reconfortantes (*PATH and EngenderHealth, 2003*). Zorbas, Barraclough, Rainbird, Luxford & Redman (2003) referem que o acesso a várias terapias, o envolvimento no processo de tomada de decisão e a manutenção de padrões de cuidado do doente são factores de qualidade de vida nesta etapa.

Embora se possa pensar que o trabalho do psicólogo termine com a morte do doente, a sua intervenção ultrapassa esse momento. Assim, o psicólogo poderá apoiar no processo do funeral sugerindo serviços, auxiliar com os trâmites formais da certidão de óbito, fazer um *debriefing* do momento com os familiares, sugerir à família o envolvimento em grupos de suporte, *etc.* (*PATH & EngenderHealth, 2003*).

Os valores culturais e religiosos da família devem ser respeitados bem como é importante conferir tempo à família para estar com o corpo do doente (*National Comprehensive Cancer Network, 2005b*).

A depressão e a ansiedade são respostas normais à morte de um ente querido (*World Health Organization, 2004*) e fazem parte do processo de luto. Assim, os familiares poderão sentir-se tristes durante um longo período de tempo após a morte do doente, o que é uma reacção normativa (*PATH & EngenderHealth, 2003*). No entanto, não deixa de ser uma etapa em que o psicólogo pode igualmente intervir.

A equipa médica e de enfermeiros não deve ser esquecida, pelo que, o psicólogo deverá colocar-se à disposição dos mesmos ou mesmo realizar uma avaliação específica no sentido de compreender todo o processo de apoio prestado (*National Comprehensive Cancer Network, 2005b*).

Como não poderia deixar de ser, e tendo em conta a sociedade da informação em que vivemos, as novas tecnologias têm vindo cada vez mais a ser utilizadas como veículos de intervenção. Destaca-se particularmente o uso da Internet. Embora não sendo muito usual, esta tem sido crescentemente apontada na literatura internacional. Segundo um estudo realizado por Farnham, Cheng, Stone, Zaner-Godsey, Hibbeln, Syrjala, Clark & Abrams (2002) com pacientes com cancro que usufruíam de uma comunidade *online*¹ durante o internamento, o seu uso tinha um impacto positivo não só nos pacientes como cuidadores. Para além de permitir a manutenção do contacto e relações com familiares e amigos, permitia também evitar o isolamento e uma diminuição do suporte social.

CONCLUSÃO

Sem dúvida, sofrer de uma doença oncológica afecta psicologicamente os pacientes. No entanto, as consequências não são exclusivas à dimensão psicológica, alastrando-se a aspectos físicos, sociais e comportamentais.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes para lidarem com a sua doença, estas são as mais variadas e dependem muita das vezes da etapa que o paciente se encontra (*e.g.* diagnóstico, tratamento, recorrência, *etc.*), pelo que não existe um padrão específico de mecanismo de *coping* para os pacientes oncológicos. Quando se fala da influência de determinados estratégias de *coping* e recuperação, globalmente tem-se apontado que um estilo proactivo ou de luta está correlacionado com um mais adequado período de recuperação / tratamento.

¹ Nesta comunidade on-line designada de “HutchWorld” são manipuladas variáveis como interacção social, informação e actividades de diversão e distração.

É de conhecimento geral que o cancro tem uma base genética e biológica determinante, e que mesmo após uma recuperação o risco de recorrência é possível. Deste modo, o facto de se considerar que o cancro pode ser vencido por um estilo de *coping* activo, poderá dever-se a uma maior implicação dos doentes nos seus tratamentos, levando a que a recuperação seja mais eficaz. Ou seja, as estratégias de *coping* acabam por ser mediadoras do processo de recuperação.

Apesar desta falta de consenso, o conhecimento que se tem acerca da importância de determinadas estratégias na recuperação / tratamento, pode ser utilizado no sentido de se promover uma melhor qualidade de vida em termos psicológicos dos doentes oncológicos. Neste sentido, deverá realizar-se investigação que possa elucidar melhor quais são as estratégias de *coping* que melhor contribuem para a promoção de uma melhor qualidade de vida, em conjugação com outras áreas de intervenção (*e.g.* controlo da dor).

Posto tudo isto que foi referido, é importante reflectir-se acerca da validade de alguns estudos. De acordo com Šprah e Šoštarič (2004), alguns estudos apresentam, frequentemente, limitações a nível metodológico, como amostras pequenas e variáveis não controladas. Neste sentido, será importante realizar estudos onde variáveis fulcrais (*e.g.* tipo de cancro, características da amostra, etapa do processo oncológico em que os pacientes se encontram, entre outras) estejam minimamente controladas.

Em suma, mais do que estudar quais as estratégias utilizadas por pacientes oncológicos para lidar com a sua doença, o fundamental é avaliar até que ponto essas estratégias contribuem de facto para o bem-estar pessoal de cada doente. Neste sentido, destaque-se o papel do psicólogo.

Como enunciado ao longo do texto, o psicólogo poderá intervir a vários níveis no contexto da doença oncológica, seja pré-diagnóstico, diagnóstico, pré e pós-tratamento e morte. A intervenção não se esgota em si mesmo no doente, devendo sempre que possível alargar-se à família e/ou entes significativos.

A literatura sugere a eficácia de algumas modalidades de intervenção como sejam a psico-educação e os grupos de apoio ou suporte. No entanto, as estratégias ou técnicas interventivas deverão acima de tudo serem escolhidas e/ou adaptadas às características e necessidades da pessoa, progressão da doença, rede sócio-familiar, entre outras. Relativamente a este último aspecto, é importante ter presente os vários contextos de interacção e papéis desempenhados pelo paciente, uma vez que os mesmos se verão igualmente afectados.

Quando é realizado um diagnóstico de cancro o paciente é sem duvida a pessoa directamente mais afectada, no entanto, familiares, amigos e entes queridos são igualmente abalados e por vezes evidenciam grandes dificuldades em saber como lidar com o próprio doente. Desta feita, neste artigo procurámos explorar as várias vertentes do cancro: o doente e aqueles que têm que lidar com a pessoa doente.

Seguida de toda esta exposição, gostaríamos de terminar fornecendo uma palavra de apoio e encorajamento a todos os profissionais, técnicos, familiares, amigos e cuidadores que trabalham

neste campo ou dedicam parte do seu tempo ao cuidado do doente oncológico: «*Recorde-se que haverá alturas em que se sentirá frustrado no seu trabalho. Não poderá resolver cada problema e fazer tudo bem. Mas estar disponível para oferecer o cuidado e a apoio a uma mulher [homem] doente e a sua família é vital e útil em si mesmo*» (PATH & EngenderHealth, 2003, p.55).

BIBLIOGRAFIA

Abernethy, A.D., Chang, T., Seidlitz, L., Evinger, J.S. & Duberstein, P.R. (2002). Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*, Vol. 43 (6): 456-464.

Almanza-Muñoz, J.J. & Holland, J.C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, Vol. 46 (3): 196-206.

Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G. & Markidis, M. (2004). Coping strategies of women with Breast Cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 73 (1): 43-52.

Anarte, M.T., López, A.E., Ramírez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología*, Vol. 16 (2): 133-141.

Andersen, B.L., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D.M., Glaser, R., Emery, C.F., Crespin, T.R., Shapiro, C.L. & Carson, W.E. (2004). III Psychological, Behavioral, and Immune Changes After a Psychological Intervention: A Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 22 (17).

APA Help Center (2004). *Breast Cancer: How Your Mind Can Help Your Body*. American Psychological Association.

Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra*, Vol. 24 (1): 173-178.

Azeredo, Z., Amado, J., Silva, H.N.A., Marques, I.G. & Mendes, M.V.C. (2004). A família da criança oncológica. *Acta Medica Portuguesa*, Vol. 17: 375-380.

Bárez, M., Blasco, T. & Castro, J.F. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*, Vol. 19 (2): 235-246.

Barros, H., Lunet, N. & Simões, M.S. (2004). O cancro em Portugal. Retirado em 29 de Abril de 2004 de <http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf>

Barsevick, A.M., Sweeney, C., Haney, E., *et al.* 2002. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, Vol. 29:73–84.

Bigatti, S.M., Wagner, C.D. (2003). Psychosocial consequences of breast cancer for patients and families. *Psychology Science*, Vol. 45:75.

Bish, A., Sutton, S., Jacobs, C., Levene, Ramirez, S. & Hodgson, S. (2002). Changes in psychological distress after cancer genetic counselling: a comparison of affected and unaffected women. *British Journal of Cancer*, Vol. 86: 43-50.

Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J.M., Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer*, Vol. 35 (11):1581-6.

Boesen, E.H., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B.L., Dahlstrøm, K., Schmidt, G., Næsted, J., Krag, C. & Johansen, C. (2005). Psychoeducational Intervention for Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 23 (6), 2005: 1270-1277.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo

Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S.R. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *Can J Psychiatry*, Vol. 49 (6).

Caprilli, S., Robiglio, A., Abeti, M.C. & Teodori, C. (2004). Psychological interventions for pain in children and adolescents with cancer: a narrative review. *The suffering child*, 7.

Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 1: 8.

Carver, A.C. & Foley, K. M. (n.d.). Complications of cancer and its treatment. *Management of Cancer Pain*: 2204-2223.

Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer. *Educação em câncer: convivência com câncer*. São Paulo.

Chalmers, K.I., Kristjanson, L.J., Woodgate, R., Taylor-Brown, J., Nelson, F., Ramserran, S. & Dudgeon, D. (2000). Perceptions of the role of the school in providing information and support to adolescent children of women with breast cancer. *J Adv Nurs*, Vol. 31(6):1430-8.

Chan, Y.M., Peter, P.W.H., Fong, D.Y.T., Fung, A.S.M., Wu, L.Y.F., Ng, T.H, Choi, A.Y.Y., Ng, T.Y., Ngan, H.Y.S., Wong, L.C. (2005). Effect of Individual Psychological Intervention in Chinese Women With Gynecologic Malignancy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 23 (22): 4913-4924.

Chekryn, J., Deegan, M. & Reid, J. (1986). Normalizing the return to school of the child with cancer. *J Assoc Pediatr Oncol Nurses*, Vol. 3(2):20-4, 34.

Davey, M., Gulish, L., Askew, J., Godette, K. & Childs, N. (2005). Adolescents coping with mom's breast cancer: developing family intervention programs. *J Marital Fam Ther*, Vol. 31(2):247-58.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. & Carnicke, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, Vol. 249 (6).

Edelman, S., Craig, A. & Kidman, A. (2000). Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 49: 149-156.

Editorial (2003). Suffering and adaptation to cancer. What to measure and when to intervene. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 399-401

Edwards, B. & Clarke, V. (in press). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*.

Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, Vol. 38 (3):136.

Faller, H. & Bulzebruck, H. (2002). Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 159 (12): 2105-2108

Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P. & Lang, H. (1999). Coping, distress and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 56 (8): 756-762.

Farnham, S., Cheng, L., Stone, L., Zaner-Godsey, M., Hibbeln, C., Syrjala, K., Clark, A., & Abrams, J. (2002). "HutchWorld: Clinical Study of Computer-Mediated Social Support for Cancer Patients and Their Caregivers." *In Proceedings of CHI Minneapolis*.

Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Canada, A.L. (2000). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. *Psychologische Beitrage*, Vol. 42 (1) : 95-118.

Fitchett, G. & Handzo, G. (1998). Spiritual Assessment, Screening and Intervention. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Golant, M., Altman, T.M.A. & Martin, C. (2003). Managing Cancer Side Effects to Improve Quality of Life: A Cancer Psychoeducation Program. *Cancer Nursing*, Vol. 26 (1):37-44.

Grassi, L. & Morasso, G. (n.d.). Psico-Oncologia: Passato, Presente, Sviluppo Futuri.

Greenstein, M. & Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 54 (4): 486-501.

Heffner, K.L., Loving, T.J., Robles, T.F. & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). Examining psychosocial factors related to cancer incidence and progression: In search of the silver lining. *Brain, Behavior and Immunity*, Vol. 4: 109-111.

Helgeson, V.S. & Cohen S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, Vol. 16, (2): 135-148.

Henderson, P.D., Fogel, J. & Edwards, Q.T. (2003). Coping strategies among African American women with breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, Vol. 4 (3).

Hodges, L.J., Humphris, G.M. & MacFarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science and Medicine*, Vol. 60(1): 1-12.

Jacobsen, P.B., Manne, S.L., Gorfinkle, K., Schorr, O., Rapkin, B. & Redd, W.H. (1990). Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health Psychol*, Vol. 9 (5):559-76.

Jamison, R.N., Lewis, S. & Burish, T.G. (1986). Psychological impact of cancer on adolescents: self-image, locus of control, perception of illness and knowledge of cancer. *J Chronic Dis*, Vol. 39(8): 609-617.

Katz, E.R., Varni, J.W., Rubenstein, C.L., Blew, A. & Hubert, N. (1992). Teacher, parent, and child evaluative ratings of a school reintegration intervention for children with newly diagnosed cancer. *Child Health Care*, Vol. 21(2):69-75.

Katz, M.R., Irish, J.C. & Devins, G.M. (2004). Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psychooncology*, Vol. 13(9):642-53.

Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Lowe, B., Herfarth, C. & Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Annals of Oncology*, Vol. 15(8): 1243–1249.

Kolko, D.J. & Rickard-Figueroa J.L. (1985). Effects of video games on the adverse corollaries of chemotherapy in pediatric oncology patients: a single-case analysis. *J Consult Clin Psychol*, Vol. 53(2):223-8

Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E-M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R. & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, Vol. 10 (1): 6-11.

Lansky, S.B., List, M.A. & Ritter-Sterr, C. (1986). Psychosocial consequences of cure. *Cancer*, Vol. 58(2):529-33.

Last & Van Veldhuizen, (1996). Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *Eur J Cancer*, 32A(2):290-294.

Loving, T.J. & Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: Psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, Vol. 13: 165-169.

Macner-Licht, B., Rajalingam, V. & Bernard-Opitz, V. (1998). Childhood leukaemia: towards an integrated psychosocial intervention programme in Singapore. *Ann Acad*, Vol. 27(4):485-90.

Manne, S.L., Redd, W.H., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Schorr, O. & Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *J Consult Clin Psychol*. Vol. 58(5):565-72.

Massachusetts General Hospital – Cancer Center. How To Talk & Help. Retirado em 12 de Setembro de 2005 de <http://www.massgeneral.org/cancer/crr/topics/help/index.asp>.

Montgomery, F. (2001). Palliative care: managing chronic cancer pain. *Hospital Pharmacist*, Vol. 8: 215-218.

National Comprehensive Cancer Network. (2005a) Clinical Practice Guidelines in oncology: Cancer-Related Fatigue.

National Comprehensive Cancer Network. (2005b) Clinical Practice Guidelines in oncology: Palliative Care.

National Comprehensive Cancer Network. (2005c) Clinical Practice Guidelines in oncology: Pediatric cancer pain.

National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services. (2002a). Cancer facts: Cancer Support Groups-Questions and Answers.

National Cancer Institute, National Institutes of Health & Department of Health and Human Services. (2002b). Cancer facts: Your Health Care Team: Your Doctor Is Only the Beginning.

Nordin, K., Lidén, A., Hansson, M., Rosenquist, R. & Berglund, G. (2002). Coping style, psychological distress, risk perception, and satisfaction in subjects attending genetic counselling for hereditary cancer. *J Med Genet*, Vol. 39: 689-694.

Oppenheim, D. & Hartmann, O. (2000). Psychotherapeutic practice in paediatric oncology: four examples. *British Journal of Cancer*, Vol. 82: 251-254.

PATH and EngenderHealth. (2004). Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A field manual.

Petersson, L-M. (2003). *Group rehabilitation for cancer patients: effects, patient satisfaction, utilisation and prediction of rehabilitation need*. Acta Universitatis Upsaliensis. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Caring Sciences presented at Uppsala University.

Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *BMJ*, Vol. 9 (325) (7372):1066.

Portenoy, R.K. & Lesage, P. (1999). Management of cancer pain. *The Lancet*, Vol. 353, (9165): 1695-1701

Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V.W. & Black/White Cancer Survival Study Group (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of epidemiology*, Vol. 152 (10): 940-949.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Roffe, L., Schmidt, K. & Ernest, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-Oncology*, Vol.14: 607–617 (2005).

Sander, W.S., Eshelman D., Steele, J. & Guzzetta, C.E. (2002). Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. *Oncol Nurs Forum*, Vol. 29(1):E8-E15.

Schneider, S.M. & Workman, M.L. (2000). Virtual reality as a distraction intervention for older children receiving chemotherapy. *Pediatr Nurs*, Vol.26(6):593-7.

Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Social Support*: 1-20.

Shannahoff-Khalsa, D.S. (2005). Kundalini Yoga Meditation Techniques for Psycho-oncology and as Potential Therapies for Cancer. *Integrative Cancer Therapies*, Vol. 4, (1), 87-100.

Sivesind, D.M. & Rohaly-Davis, J.A. (1998). Coping with cancer: patient issues (Cap.1). In C. Burke (Ed.), *Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press.

Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, Vol. 84: 179-185.

Sorgen, K.E. & Manne, S.L. (2002). Coping in children with cancer: examining the goodness-of-fit hypothesis, *Children's Health Care*, Vol. 31 (3): 191-207.

Spijker, A., Trijsburg, R.W. & Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, Vol 59 (3): 280-293.

Šprah, L. & Šoštarič, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiol Oncol*, Vol. 38 (1): 35-42.

Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. & Selby, P. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20 (14): 3137-3148.

Steinhauser, K.E., Clipp, E.C., McNeilly, M., Christakis, N.A., McIntyre, L.M. & Tulsky, J.A. (2000). In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 132 (10): 825-832.

Suzuki, L.K. & Kato, P.M. (2003). Psychosocial Support for Patients in Pediatric Oncology: The Influences of Parents, Schools, Peers, and Technology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Vol. 20(4): 159-174.

Sweet, L., Savoie, J.A. & Lemyre, L. (1999). Appraisals, coping and stress in breast cancer screening: a longitudinal investigation of causal structure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol. 31 (4): 240-253.

Tacon, A.M. (2003). Meditation as a complementary therapy in cancer. *Family and Community Health*, Vol. 26 (1): 64-74.

Tavino, M., Milan, I & Tirelli, U. (2002). Cancer-related fatigue (review). *International Journal of Oncology*, Vol. 21: 1093-1099.

Treviño, L.E. & Carbajal, M.M. (2004). El cáncer como enfermedad multideterminada. Retirado em 19 de Março de 2004 de <http://www.psicom.uson.mx/maestria/HTML/11-1-1.htm>.

UCSF Medical Center. Your health matters: Helping Children understand cancer. University of California San Francisco.

Varni, J.W., Katz, E.R., Colegrove, R. Jr. & Dolgin, M. (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J Pediatr Psychol*, Vol. 18(6):751-67.

Varni, J.W., Katz, E.R., Colegrove, R. Jr. & Dolgin, M. (1994). Perceived social support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J Dev Behav Pediatr*, Vol. 15(1):20-6.

Venâncio, J.L. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Vol.50 (1): 55-63.

Weekes, D.P., Kagan, S.H., James, K. & Seboni, N. (1993). The phenomenon of hand holding as a coping strategy in adolescents experiencing treatment-related pain. *J Pediatr Oncol Nurs*, Vol. 10(1):19-25.

White, C.A. & Macleod, U. (2002). ABC of psychological medicine: Cancer. *BMJ*, Vol. 325: 377-380.

Wilkinson, S. & Kitzinger, C. (2000). Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patients' talk. *Social Science & Medicine*, Vol. 50: 797-811.

World Health Organization (2004). Better Palliative Care for Older People.

Y-Me National Breast Cancer organization. Every Woman's Guide to Breast Cancer. Chicago.

Zabalegui, A. (1999). Coping strategies and psychological distress in patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 26 (9).

Zabora, J.R., Blanchard, C.G., Smith, E.D., Roberts, C.S., Glajchen, M., Sharp, J.W., et al. (1997). Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 15:73-87.

Zorbas, H., Barraclough, B., Rainbird, K., Luxford, K & Redman, S. (2003). Multidisciplinary care for women with early breast cancer in the Australian context: what does it mean? *MJA*, Vol. 179 (17) 17: 528-531.