

O CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NÃO LEVA À DEPRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

RENATA WANDERLEY DINIZ, MARINA SAHADE GONÇALVES, CAROLINA GAMES BENSI*, ARINILDA SILVA CAMPOS, AURO DEL GIGLIO, JULIANA BUENO GARCIA, VANESSA DA COSTA MIRANDA, TATIANA ALVES MONTEIRO, MICHELLE ROSEMBERG

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC e Instituto de Oncologia – Sociedade Acadêmica de Estudo e Controle do Câncer, Santo André, SP

RESUMO

OBJETIVOS. Traçar o perfil e identificar a prevalência de depressão nos pacientes sob cuidados paliativos no Serviço de Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC.

MÉTODOS. Entrevistamos 62 pacientes oncológicos em cuidados paliativos que responderam a três questionários: questionário geral contendo variáveis demográficas, questionário estruturado para pacientes oncológicos em cuidados terminais para avaliação de sua qualidade de vida e inventário de depressão de Beck.

RESULTADOS. Observamos que 68% dos pacientes tinham algum grau de depressão. A maioria dos pacientes sabia seu diagnóstico (87,1%), estava satisfeito com o tratamento (93,33%), sentia-se satisfeito com o apoio recebido (95,7%) e referiu não conversar com seus médicos sobre outros assuntos além de sua saúde (81,18%). Os sintomas mais frequentes foram dor, cansaço, fraqueza e alterações do sono. Encontramos que o fato de não saber o diagnóstico ($p=0,008$), estar internado ($p=0,0019$) e não ter recebido tratamento oncológico ($p=0,007$) se correlacionam significativamente com níveis mais altos de depressão.

CONCLUSÃO. Pacientes sob cuidados paliativos em nosso meio, apesar de geralmente satisfeitos com seu cuidado, relatam pobre comunicação com seu médico e apresentam uma alta taxa de depressão. Saber o seu diagnóstico e ter recebido tratamento oncológico se correlacionam inversamente com a presença de depressão.

*Correspondência:

Rua Luís Fiorotti, 657
09570-030, São Caetano
do Sul, SP

UNITERMOS: Câncer. Assistência paliativa. Depressão. Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que está entre as principais causas de morte, constituindo atualmente no Brasil a segunda causa de mortalidade, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares¹. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a incidência no Brasil é de aproximadamente 400.000 novos casos por ano, sendo que destes cerca de 127.000 evoluem a óbito¹. Nos EUA, esses números são ainda maiores, sendo que para o ano de 2004 a estimativa foi de 1.368.000 novos casos e 563.700 óbitos².

Apesar dos grandes avanços no tratamento oncológico, nem sempre é possível obter a cura; com isso, muitos pacientes passam a necessitar de cuidados que visam, além do controle da dor e de outros sintomas diversos, interferir nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no intuito de investir na melhora de sua qualidade de vida³.

O termo "palliare" tem origem no latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva do cuidar e não somente curar⁴. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são definidos como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, e o controle de sintomas torna-se prioridade, objetivando melhor qualidade de vida para pacientes e familiares⁵. Já o conceito de qualidade de vida pode ser definido como uma avaliação global que o sujeito faz da sua vida, e depende tanto das características do sujeito

(demográficas, personalidade, valores, etc) como de moduladores externos, como a doença, seus sintomas e o tratamento que esta requer⁵.

A depressão é comum em pacientes com câncer em estágio terminal e pode ser uma importante fonte de angústia tanto para o paciente como para seus parentes^{6,7}. A importância de se diagnosticar a depressão em pacientes sob cuidados paliativos deve-se ao fato de que, além do comprometimento emocional, os pacientes deprimidos também apresentam sintomas físicos que são difíceis de "paliar" e que podem ser facilmente aliviados quando a depressão é tratada adequadamente, com a consequente melhora da qualidade de vida deste indivíduo⁷.

Apesar dos benefícios observados com o tratamento da depressão, esta ainda permanece frequentemente subdiagnosticada^{8,9,10}. De fato, Maguire (1985) mostrou que mais de 80% das comorbidades psicológicas e psiquiátricas presentes nos pacientes oncológicos passam despercebidas e não são tratadas¹¹.

Acredita-se que uma explicação para esta baixa taxa de detecção dever-se-ia a não comunicação efetiva do paciente com seu médico, por achar que, de alguma forma, seria o culpado pela sua angústia ou que estaria desperdiçando o tempo do profissional e, portanto, optaria por esconder seus verdadeiros sentimentos¹².

Na literatura brasileira, ainda são poucos os estudos que enfocam o paciente oncológico em cuidados paliativos, suas necessidades, sua qualidade de vida e a presença de depressão nesta fase de sua vida.

O objetivo deste estudo é traçar o perfil e identificar a prevalência de depressão nos pacientes sob cuidados paliativos do Serviço de Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) e, a partir dos dados encontrados, sugerir condições que melhorem a abordagem e conseqüentemente a qualidade de vida destes pacientes.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal observacional e prospectivo, envolvendo pacientes oncológicos em tratamento paliativo nos ambulatórios ou internados nos hospitais ligados à Faculdade de Medicina do ABC no período de janeiro a maio de 2005.

O estudo foi realizado no Hospital Estadual Mário Covas, Hospital de Ensino Padre Anchieta e Instituto de Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FMABC em novembro de 2004. Foram entrevistados 62 pacientes, sendo que 41 estavam em atendimento ambulatorial e 21 internados, num período de cinco meses. Os entrevistados foram escolhidos com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Presença de neoplasia maligna diagnosticada;
- Em regime de internação hospitalar nos hospitais ligados a FMABC ou em acompanhamento nos ambulatórios de oncologia desta instituição;
- Sob cuidados paliativos devido à doença neoplásica;
- Ausência de tratamento antineoplásico com intuito curativo por ocasião da aplicação do questionário;
- Idade superior ou igual a 18 anos;
- Deviam estar orientados e contactuantes;
- Concordassem em participar no estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Neste trabalho, o conceito de cuidados paliativos baseia-se na definição da OMS, que os considera como cuidados ativos e totais quando a doença não responde aos tratamentos curativos, priorizando o controle dos sintomas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente⁵.

Após ser explicado o objetivo do estudo, era solicitado o consentimento do paciente e, então, a entrevista era realizada por um estudante de medicina previamente treinado. A entrevista consistia em três questionários, explicados a seguir.

QUESTIONÁRIOS

1. Questionário geral – composto por variáveis descritivas demográficas, com informações sobre sua internação e doença.
2. Questionário estruturado para pacientes oncológicos em cuidados paliativos (baseado no PQLI – *Paliattive Care Quality of Life Instrument*) – composto por 28 itens sobre a qualidade de vida na última semana, divididos em oito subgrupos: atividades, autonomia, saúde, escolha do tratamento, apoio, comunicação, efeitos psicológicos e qualidade de vida global. Este questionário não foi validado para a língua portuguesa, portanto não tentamos derivar dele nenhum tipo de pontuação e o utilizamos apenas como um elenco de quesitos pertinentes a pacientes em cuidados paliativos somente para traçar qualitativamente um perfil do paciente¹³.

3. Inventário de depressão de BECK - composto por 21 itens, cuja escala varia de 0 a 3. Estes referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, culpa e punição; falta de satisfação; autodepreciação; auto-acusações; idéias suicidas; crises de choro; irritabilidade; retração social; indecisão; distorção da imagem corporal; inibição para o trabalho; distúrbio do sono; fadiga; perda de apetite e de peso; preocupação somática e diminuição de libido. A análise do Inventário de depressão de Beck considera os escores de 0 a 9 como ausência de depressão, de 10 a 18 depressão leve, de 19 a 29 depressão moderada, e de 30 a 63 depressão grave. Utilizamos a versão deste questionário já validado para uso em português¹⁴.

MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Para a estatística descritiva utilizamos o programa Microsoft Excel (*Windows Millenium Edition*). Para a análise estatística utilizamos o programa NCSST 2000-PASS 2000 (Utah, EUA). Na análise das variáveis discretas utilizamos o teste Qui-quadrado ou Fisher, quando necessário. Para comparação de médias utilizamos o método Anova. Consideramos significativos valores de p iguais ou menores que 0,05.

RESULTADOS

Participaram do estudo 62 pacientes oncológicos em tratamento paliativo nos ambulatórios ou internados nos hospitais ligados à Faculdade de Medicina do ABC, sendo 26 (41,9%) do sexo masculino e 36 (58,1%) do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 58,6 anos, variando de 26 a 88 (Tabela 1).

Entre os pacientes entrevistados, 41 (66,13%) estavam sob cuidados ambulatoriais e 21 (33,87%) encontravam-se internados. Com relação aos dados clínicos, foi encontrado que 58,06% dos pacientes apresentavam alguma comorbidade, além do câncer (Tabela 1). O tumor primário mais freqüente foi o de mama (32,26%), seguido por pulmão, laringe e estômago com uma porcentagem de 8,06%; os demais sítios correspondem a 40,32%. O tempo do diagnóstico foi em média de 41,32 meses, variando de 0,25 a 180 meses. Cinquenta e três pacientes (85,48%) apresentavam tumor sabidamente metastático (Tabela 1). Os demais dados demográficos dos pacientes se encontram na Tabela 1.

Entre os pacientes, 54 (87,1%) sabiam de seu diagnóstico, sendo que 31 (50%) consideravam-se informados sobre a doença e sem dúvidas sobre a mesma (Tabela 2).

Cinquenta e oito (93,55%) pacientes foram submetidos a algum tipo de tratamento. Sobre a decisão de parar de recebê-lo, 30 (61,22%) referiram não ter participado desta escolha. A grande maioria dos pacientes (93,33%) estava satisfeita com o tratamento recebido (Tabela 2). De fato, quanto à escolha do tratamento, a maioria dos entrevistados não gostaria de escolher seu esquema terapêutico (68,85%) e nem se consideraria capaz para tal (73,77%). O aspecto

Tabela 1 – Características demográficas: aspectos gerais dos pacientes sob cuidados paliativos

Características	N (%)
Atendimento	
Hospitalar (internado)	21 (33,87%)
Ambulatorial	41 (66,13%)
Sexo	
Masculino	26 (41,90%)
Feminino	36 (58,10%)
Estado Civil	
Solteiro/separado	16 (25,80%)
Casado/amasiado	33 (53,23%)
Viuvo	13 (20,97%)
Escolaridade	
Analfabeto	10 (16,40%)
Até fundamental completo	40 (65,60%)
Até médio completo	7 (11,50%)
Até superior completo	4 (6,50%)
Religião	
Católica	40 (65,57%)
Protestante	1 (1,63%)
Budista	0 (0%)
Espírita	2 (3,27%)
Evangélico	17 (27,90%)
Outros	1 (1,63%)
Atividade religiosa	
Não Praticante	25 (42,37%)
Praticante	34 (57,63%)
Provedor da casa	
Paciente	23 (37,10%)
Outros	39 (62,90%)
Tem família	
Sim	62 (100%)
Não	0 (0%)
Mora com quem	
Sozinho (a)	6 (9,68%)
Com outras pessoas	56 (90,32%)
Comorbidade	
Não	26 (41,93%)
Sim	36 (58,07%)
Sítio do tumor primário	
Mama	20 (32,26%)
Laringe	5 (8,06%)
Pulmão	5 (8,06%)
Estômago	5 (8,06%)
Outros	25 (40,32%)
Não sabe sítio	2 (3,23%)
Tempo do diagnóstico (meses)	
Média	41,32
Valor máximo – mínimo	0,25 - 180
Metástase	
Sim	53 (85,48%)
Não	6 (9,68%)
Não sabe	3 (4,84%)

Tabela 2 – Características clínicas e do tratamento dos pacientes sob cuidados paliativos

Características	N (%)
Diagnóstico	
Sabe	54 (87,10%)
Não sabe	8 (12,90%)
Informações que tem sobre a doença	
Não sabe e não quer saber	6 (9,67%)
Não sabe e quer saber mais	10 (16,13%)
Sabe e tem dúvida	15 (24,20%)
Sabe e não tem dúvida	31 (50,00%)
Recebeu tratamento	
Sim	58 (93,55%)
Não	4 (6,45%)
Tipo de tratamento	
Quimioterapia	43 (75,44%)
Radioterapia	6 (10,53%)
Cirurgia	5 (8,77%)
Hormônio	5 (8,77%)
Participou da decisão de parar de tratar	
Sim	19 (38,78%)
Não	30 (61,22%)
Satisfeito com o tratamento	
Sim	56 (93,33%)
Não	4 (6,67%)

considerado mais importante na escolha do tratamento foi a qualidade de vida (45,15%), seguido pela eficácia do tratamento (40,32%) (Tabela 3).

Com relação ao questionário estruturado para pacientes oncológicos em tratamento paliativo (PQLI), foi encontrado que a maior parte dos pacientes não conseguia realizar suas atividades diárias (60%), julgava-se auto-suficiente para realizar tarefas como ir ao banheiro, vestir-se, entre outros (68,55%). Os sintomas mais frequentes na nossa amostra foram dor (67,74%), cansaço/fraqueza (56,3%) e alterações do sono (66,1%). A maior parte dos pacientes sentia-se satisfeita com o apoio de familiares, amigos, equipe médica e enfermagem (95,7%). A maioria dos pacientes referia não conversar com seus médicos sobre outros assuntos além de sua condição de saúde (81,18%) (Tabela 3).

Em relação à presença de depressão na amostra estudada, encontramos que 67,74% apresentaram algum nível de depressão, sendo que em 33,87% dos pacientes a depressão era moderada ou grave, de acordo com o inventário de Beck. O escore médio do inventário de depressão de Beck encontrado foi 15,66.

Correlacionando-se a presença de depressão com as outras variáveis do estudo, encontramos que os fatos de não saber o diagnóstico ($p=0,008$), não ter sido submetido a tratamento cirúrgico ($p=0,013898$) e estar internado num hospital ($p=0,0019$) favoreceram níveis mais altos de depressão. Por outro lado, estar recebendo algum tratamento ($p=0,007$) e acompanhamento ambulatorial ($p=0,0019$) se correlacionaram negativamente com depressão.

Tabela 3 – Questionário estruturado para pacientes oncológicos em tratamento paliativo

	Não N(%)	Às vezes N(%)	Sim N(%)
Atividades			
Eu continuo trabalhando	53 (85,48%)	5 (8,07%)	4 (6,45%)
Eu realizo minhas tarefas domésticas	27 (43,55%)	16 (25,81%)	19 (30,64%)
Eu continuo aproveitando os prazeres da vida	34 (54,84%)	9 (14,52%)	19 (30,64%)
Eu mantenho meus hobbies/atividades de lazer	35 (56,45%)	11 (17,74%)	16 (25,81%)
Autonomia			
Consigo dirigir ou usar transporte público (ônibus, metrô, trem)	29 (46,77%)	8 (12,91%)	25 (40,32%)
Sou auto-suficiente, consigo me vestir ou ir ao banheiro sozinho	10 (16,13%)	4 (6,45%)	48 (77,42%)
Saúde			
Eu sinto dor	20 (32,26%)	17 (27,42%)	25 (40,32%)
Eu sinto náuseas/enjôos ou vômitos (circule qual dos sintomas você sente)	35 (56,45%)	11 (17,74%)	16 (25,81%)
Eu sinto falta de apetite	32 (51,61%)	8 (12,91%)	22 (35,48%)
Eu sinto cansaço e/ou fraqueza	24 (38,71%)	8 (12,91%)	30 (48,39%)
Eu sinto falta de ar	43 (69,35%)	6 (9,68%)	13 (20,97%)
Eu tenho diarreia ou intestino preso (circule qual dos sintomas você sente)	32 (51,61%)	10 (16,13%)	20 (32,26%)
Eu tenho alterações no sono	20 (33,90%)	12 (20,34%)	27 (45,76%)
Escolha do Tratamento			
Eu gostaria de escolher meu esquema de tratamento	42 (68,85%)	3 (4,92%)	16 (26,23%)
Eu sou capaz de escolher meu esquema de tratamento	45 (73,77%)	1 (1,64%)	15 (24,59%)
A escolha do tratamento depende de: (coloque 1 para o item mais importante, 2 para o segundo item importante, e assim por diante, até o número 5)			
Eficácia do tratamento		40,32%	
Qualidade de vida a curto e longo prazo		45,15%	
Complicações sobre a sua sexualidade		1,61%	
Possíveis efeitos colaterais		0%	
Apoio – Eu me sinto satisfeito com o apoio de:			
Parentes e/ou amigos	4 (6,45%)	3 (4,84%)	55 (88,71%)
A equipe médica	2 (3,23%)	2 (3,23%)	58 (93,54%)
A equipe de enfermagem	2 (3,23%)	1 (1,61%)	59 (95,16%)
Comunicação – Eu discuto com meu médico:			
Minhas relações sociais	50 (80,65%)	4 (6,44%)	8 (12,91%)
Meus problemas econômicos e profissionais	51 (82,26%)	3 (4,83%)	8 (12,91%)
Meus problemas familiares	50 (80,65%)	4 (6,44%)	8 (12,91%)
Efeitos Psicológicos			
Eu me sinto calmo	11 (17,74%)	10 (16,13%)	41 (66,13%)
Eu me sinto otimista	6 (9,68%)	12 (19,35%)	44 (70,97%)
Eu me sinto triste	19 (30,65%)	28 (45,16%)	15 (24,19%)
Sinto que estou no controle da situação	14 (22,95%)	13 (21,31%)	34 (55,74%)
Eu tenho medo de morrer	47 (75,81%)	3 (4,84%)	12 (19,35%)

Discussão

Na literatura brasileira ainda são poucos os estudos que abordam o tema sobre cuidados paliativos em pacientes com câncer. Assim, a necessidade de se caracterizar melhor este tipo de paciente, bem como o desconhecimento de suas necessidades, sua qualidade de vida e a presença de depressão motivaram a realização deste trabalho.

Em nossa amostra encontramos que a grande maioria de nossos pacientes (87,1%) tem conhecimento do diagnóstico de câncer, e este é um fator de importância por se correlacionar negativamente com a depressão. Gulinelli e colaboradores mostraram que 94,35% dos pacientes avaliados, por meio de entrevistas com 363 pessoas atendidas no ambulatório ou internadas na enfermaria de um serviço universitário de Clínica Geral, desejavam ser informados do diagnóstico de câncer¹⁵. Dado semelhante ao encontrado por Chacon et al. em um estudo com 118 adultos leigos, que mostrou o desejo de 80% a 90% de saberem a verdade no caso de estarem com câncer, mesmo quando a única alternativa se resumisse ao tratamento paliativo¹⁶. Suchman e Mattheus sugerem que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente e colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente¹⁷.

A comunicação entre o médico e o paciente paliativo em nosso estudo foi pobre, pois aproximadamente 80% não conversavam com seus médicos acerca de outros temas além de sua condição de saúde e 50% dos pacientes referiram o desejo de maiores informações sobre sua condição. Diferindo do nosso achado, um estudo realizado sobre a comunicação médico-paciente paliativo encontrou que os pacientes abordavam de maneira equilibrada assuntos sobre sua doença e qualidade de vida (41% e 48%, respectivamente)¹⁸. Já os médicos abordam este tema em apenas 23% dos assuntos discutidos durante a consulta¹⁸. Detmar et al. mostraram que, na prática médica, a importância dada aos aspectos da qualidade de vida na decisão de (des)continuar o tratamento é menor que a sugerida na teoria¹⁹.

Encontramos que 61,22% dos pacientes não participaram da decisão de parar de tratar a doença com intuito curativo, o que pode refletir a falta de desejo (68,85%) e capacidade (73,77%) referida por eles de escolher seu esquema terapêutico. Ao contrário do encontrado por nós, Gulinelli et al. acharam que 58,5% das mulheres e 39,6% dos homens desejavam opinar sobre o tratamento e um número ainda maior (86% das mulheres e 76,6% dos homens) gostaria de ser informado sobre as opções terapêuticas em caso de tumor¹⁵. Essa discordância dos resultados talvez se deva ao fato de que o estudo de Gulinelli et al. não foi conduzido com pacientes com câncer e sim com pessoas saudáveis às quais se expunha uma situação hipotética.

A depressão é uma doença cujas conseqüências emocionais e físicas apresentam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes em tratamento paliativo. Mas, apesar da facilidade do tratamento e da boa resposta clínica^{7,20}, esta doença ainda permanece subdiagnosticada nos pacientes oncológicos^{8,9,10,11}. A depressão foi freqüente nos pacientes em cuidados paliativos que estudamos (67,74%), e mais prevalente nos internados ($p=0,0019$), nos que desconheciam seu diagnóstico ($p=0,008$) e nos que não receberam nenhum tipo de tratamento

oncológico ($p=0,007$). Um estudo mostra que a depressão estará presente em 25% dos pacientes admitidos nas unidades de cuidados paliativos, enquanto na população geral este valor cai de 6% a 10%⁶. Breitbart et al. demonstraram que, em pacientes com câncer em estágio terminal internados, havia 16% de depressão grave, e em nosso estudo esse valor foi de 9,68%²¹. Um dos fatores, conforme descrito por Lloyd et al. é o momento em que se avalia a depressão nestes pacientes que pode interferir nos resultados, pois em seu estudo a prevalência de depressão foi tanto maior quanto mais próximos do fim da vida estavam os pacientes²².

Com relação ao fato de não ter recebido nenhum tratamento oncológico estar relacionado com depressão, Navari et al. mostraram que muitos pacientes com câncer avançado querem ser tratados mesmo que a chance de prolongar a vida seja pequena²³. Essa preferência por uma terapia de prolongar a vida pode ser devida a um desejo do paciente de não desistir ou por um pobre entendimento de seu prognóstico²⁴.

Hall e colaboradores realizaram uma metanálise com 41 estudos e concluíram que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento²⁵. Não obstante estas falhas na condução do paciente paliativo, a maior parte dos estudados por nós (93,33%) encontra-se satisfeita.

CONCLUSÃO

Este estudo revela que pacientes sob cuidados paliativos em nosso meio, apesar de geralmente satisfeitos com seu cuidado, relatam pobre comunicação com seu médico e apresentam uma alta taxa de depressão.

Saber o seu diagnóstico e ter recebido tratamento oncológico se correlacionam inversamente com a presença de depressão.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

AWARENESS OF CANCER DIAGNOSIS DOES NOT LEAD TO DEPRESSION IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

OBJECTIVE. Characterize the profile of patients under palliative care at this institution and evaluate the prevalence of depression in these patients.

METHODS. Sixty two cancer patients under palliative care, who had answered three questionnaires: one regarding their demographic characteristics, another to evaluate their quality of life and the Beck's depression inventory were surveyed.

RESULTS. Of these patients, 68% presented with some degree of depression. Most of them were aware of their diagnosis (87.1%), did not talk to their physicians on other subjects but their disease (81.18%), were satisfied with their treatment (93.33%) and with the support they received (95.70%). Pain, fatigue, weakness and sleep disturbances were the most frequently reported symptoms. There was a significant correlation between presence of depression and not knowing the diagnosis ($p=0.008$), being admitted to the hospital ($p=0.0019$) and not having ever received oncologic treatment.

CONCLUSION. Patients under palliative care at this institution, despite being satisfied with the treatment, reported poor communication with

their physicians and presented with a high rate of depression. Awareness of their diagnosis and having received prior oncologic treatment ($p=0.07$) correlated significantly and inversely with having depression. [Rev Assoc Med Bras 2006; 52(5): 298-303]

KEY WORDS: Cancer. Palliative care. Depression. Quality of life.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/>. [citado 6 out 2004].
2. American Cancer Society. Cancer Statistics Presentation 2004. Disponível em: <http://www.cancer.org/downloads/PRO/Cancer%20Statistics%202004.ppt>. [citado out 2004].
3. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? 2001; [1]. Disponível em: <http://www.admiror.com/sites/geyer/geyermed/n200109002.html>. [citado 19 out 2004].
4. Melo AGC. Cuidados paliativos: histórico e filosofia. [1]. Disponível em: http://www.onco guia.com.br/dor/01_historico.asp. [citado 19 out 2004].
5. Lara-Munoz MC, Ponce de Leon S, Ramon de la Fuente J. Conceptualization and measurement of the quality of life of cancer patients. Rev Invest Clin 1995;47:315-27.
6. Lloyd-Williams M. Screening for depression in palliative care patients: a review. Eur J Cancer Care 2001;10:31-5.
7. Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer: a hidden symptom. J R Coll Physicians Lond 2001;1:175-6.
8. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. Am J Psychiatry 1986;143:696-705.
9. Kathol RG, Noyes R Jr, Williams J, Mutgi A, Carroll B, Perry P. Diagnosing depression in patients with mental illness. Psychosomatics 1990;31:434-40.
10. Pirl W, Roth A. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. Oncology 1999;13:1293-302.
11. Maguire P. Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. Soc Sci Med 1985;20:819-23.
12. Maguire P, Howell A. Improving the psychological care of cancer patients: Psychiatric aspects of physical disease. J R Coll Physicians Lond 1995;1:41-54.
13. Mystakidou K, Tsilika E, Kouloulis V, Parpa E, Katsouda E, Kouvaris J, Vlahos L. The "Paliative Care Quality of life Instrument (PQLI)" in terminal cancer patients. 2004; [1]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/2/1/8>. [citado 19 out 2004].
14. Beck AT, Beck SW. Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. Postgrad Med 1972;52:81-5.
15. Guinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras 2004;20:41-6.
16. Chacon JP, Kobata CM, Lieberman SPC. A "mentira piedosa" para o canceroso. Rev Ass Med Bras 1995;41:274-6.
17. Suchman AL, Mattheus DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connectional dimension of medical care. Ann Intern Med 1998;108:125-30.
18. Detmar SB, Muller MJ, Wever LD, Schornagel JH, Aaronson NK. Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: an observational study. JAMA 2001;285:1351-7.
19. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? who wants to know? patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. J Clin Oncol 2000;18:3295-301.
20. Barraclough J. ABC of palliative care: Depression, anxiety and confusion. BMJ 1997;315(7119):1365-8.
21. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. Aust N Z J Psychiatric 2000;284:2907-911.
22. Lloyd-Williams M. Depression in palliative care patients: a prospective study. Eur J Cancer Care 2001;10:270-4.
23. Navari RN, Stocking CB, Siegler M. Preferences of patients with advanced cancer for hospice care. JAMA;284:2449.
24. Voogt E. Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. J Clin Oncol 2005;23:2012-9.
25. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in primary care setting. Health Psychol 1994;13:384-92.

Artigo recebido: 10/11/2005

Aceito para publicação: 03/06/2006
