

## O PACIENTE TERMINAL: FATOS, ASPECTOS E CONSEQÜÊNCIAS

\* Ulisses S. Melo

*O autor justifica, por intermédio de uma análise das transformações ocorridas na sociedade, na Medicina e na compreensão do processo de morrer, a existência do paciente terminal como um tipo especial de doente a necessitar uma assistência completamente característica, com objetivos diferenciados e problemas intercorrentes próprios.*

*The author justifies, through an analysis of the transformations occurred on society, medicine and through the comprehension of the dying process, the existence of the terminal patient as a special kind of patient who needs some characteristic kind of assistance with different goals and proper intercurrent problems.*

### CONCEITO

Entendemos como paciente terminal aquele que, portador de uma doença incurável, irá à morte, a curto ou a médio prazo, devido a esta mesma doença ou a complicações desta.

Este conceito merece algumas reflexões. Em primeiro lugar, como quase todas as conceituações e verdades médicas,

a de paciente terminal é também temporal, vez que uma enfermidade é incurável em função da época considerada. Em segundo lugar, mesmo doenças rotuladas incuráveis poderão, de modo raro e aleatório, apresentar cura espontânea, como atestam alguns relatos médicos dignos de confiança. Além disto, um paciente terminal poderá vir a falecer de causa completamente independente da doença incurável que o acomete e, neste caso, temos uma fuga da caracterização acima. . .

\* Médico com especialidade em cirurgia geral e oncológica, matemático com bacharelado, mestrado e curso

de doutoramento realizado no exterior, professor adjunto da UFC., e professor titular da UNIFOR.

É preciso esclarecer, portanto, que a noção de paciente terminal é estatística em essência: significa que aproximadamente cem por cento dos pacientes portadores da doença não apresentam cura e dela, ou de suas conseqüências, irão falecer.

A estimativa de curto ou médio prazo, por outro lado, é algo subjetiva, frõuxa, e uma vez que é ligada à expectativa de vida da região em foco, com esta irá apresentar variações. De fato, a esperança de vida ao nascer de um homem na França é de 70 anos, enquanto que no Brasil é de um pouco menos de 60. Muitas outras variáveis poderão influenciar a consideração dos prazos. Sexo, para citar mais um, poderá apresentar forte discrepância dentro de uma mesma área geográfica. Realmente, na França, as mulheres ao nascer tem uma esperança de vida de 78 anos.

Apesar de toda a flacidez que o envolve, o conceito de paciente terminal é de extrema utilidade devido ao fato de caracterizar um grupo de pacientes que necessitam assistência especial, têm objetivos diferenciados e apresentam problemas intercorrentes típicos.

Tentaremos aqui analisar estes três fatores que fazem com que o paciente terminal seja distinto de todos os demais doentes.

## A ASSISTÊNCIA ESPECIAL

A assistência a ser prestada ao paciente terminal é, como conseqüência da própria terminalidade, única e especial, e basicamente se prende às mudanças ocorridas nos últimos séculos, e mais aceleradamente nas últimas décadas, transformações estas que aumentaram as exigências na qualidade e na quantidade de vida e, ao mesmo tempo, modificaram os conceitos do e no processo de morrer, além de, em paralelo, ter aumentado nosso conhecimento no que diz respeito ao comportamento de um paciente portador de uma enfermidade de prognóstico fechado.

Com efeito uma rápida olhadela nos costumes de até há alguns séculos, notamos que os antigos consideravam a morte como algo natural e esperado. "É tão natural morrer como nascer", nas palavras do filósofo inglês Francis Bacon (1561 — 1626). A morte era encarada como algo que devia ser anunciada, participada a todos. O quarto do enfermo ficava repleto de gente, parentes, amigos, filhos, netos, vizinhos, conhecidos, colegas de confrarias, representantes de sua religião, rezadeiras, e o médico. A aproximação da morte transformava o quarto do moribundo em um lugar público. Do mesmo modo como se nascia em público, morria-se também em público. A morte era um evento para uma cerimônia, uma ocasião para um ritual onde o padre e o médico tinham seu papel, mas eram somente duas das peças participantes. O papel principal cabia ao próprio moribundo, o qual presidia, de modo magistral e geralmente sem tropeços, visto que já participara muitas vezes, em posição diferente, de situações completamente similares. O ato era solene e se revestia de uma certa magia: o doente chamava um a um os familiares e os amigos mais íntimos, dava-lhes a bênção, passava conselhos, ouvia declarações de afeto e de amor, transmitia desejos e se despedia. Virava uma autoridade e um sábio devido a aproximação da grande viagem. . .

Tal visão contrasta frontalmente com o que observamos

nestes nossos tempos hodiernos. Aos poucos a atitude frente à morte foi perdendo as características de lugar-comum, ordinária, compreendida, aceita, e foi se transformando em algo vergonhoso, proibido, digno de ser escondido. A falsidade e as mentiras começaram a participar do processo de morrer. Ao que tudo leva a crer, tais mentiras surgiram da idéia preconcebida, e rapidamente difundida, de que dever-se-ia "poupar o doente". Tornou-se muito corriqueiro sermos abordados pela família do paciente antes de conhecermos o paciente e, sem a presença do mesmo, o caso nos é exposto e nos é solicitado "não contar ao paciente o que ele tem", com a justificativa de que "ele poderia não resistir", ou que "é melhor poupá-lo deste sofrimento".

Tais falsidades evoluíram para um sentimento característico dos nossos tempos: aliviar a família e a sociedade da árdua missão de ter que lidar com quem sabe estar condenado. Muitas foram as mudanças marcantes neste malfadado evoluir, mas entre elas se destaca a ocorrida na década de 30, quando as pessoas deixaram de morrer em casa e o hospital passou a ser a morte socialmente aceitável. Para se ter uma idéia, nos Estados Unidos, no início deste século, dois terços das pessoas que morriam tinham menos de cinquenta anos e praticamente todos morriam em casa, à moda antiga, cercado de familiares e amigos. Hoje, mais de dois terços morre acima de sessenta e cinco anos e mais de três quartos morrem em asilos, hospitais ou casas de saúde. E assim, a morte perante a família, com os entes queridos, passou a ser vista como algo indesejável; ela deveria ocorrer em um quarto de hospital, com o paciente na maioria das vezes sozinho, sem amor, sem apoio, e quase sempre, sem ele mesmo, vez que dopado a pedido da família, ou por decisão médica, "para ele não sofrer". Antigamente o paciente não só participava como presidia sua morte; hoje ele próprio está ausente . . .

Cabe notar, em passant, que as crianças são privadas de participar da morte, justo quando pais e parentes poderiam guiá-los, orientá-los com explicações, conforto e segurança. Não é de surpreender que tais crianças tenham dificuldades enormes em lidar com a morte quando adultas! Falta-lhes experiência, tato e manuseio.

A outra faceta da assistência médica especial é conseqüência direta do alargamento do conhecimento médico e o desenvolvimento de complexas técnicas de sobrevivência, os quais aumentaram consideravelmente a sobrevida dos pacientes terminais. A sobrevida é hoje não só maior, mas também melhor, e isto criou uma série de problemas e situações novas para o paciente, a família e o médico, dos quais nos ocuparemos posteriormente.

Juntamente com o evoluir tecnológico da medicina e as mudanças no nosso ver e sentir o processo de morrer, nossos conhecimentos também se alargaram na compreensão do comportamento do paciente com doença incurável e grave: em um já clássico estudo publicado em 1969, a Dra. Elisabeth Kübler-Ross mostrou que, apesar da enorme gama de comportamentos e atitudes, estes doentes apresentam fases mais ou menos nítidas de procedimentos predominantes a partir do momento em que tomam ciência da doença até o início do curso da morte. Tal estudo, muitas vezes já repetido, e endossado, por diversos pesquisadores em todo o mundo, atesta a existência de cinco fases que freqüente e rotineiramente se mostram constantes no acompanhamento de pacientes de enfermidades de prognóstico fechado: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, em ordem cronológica.

É mister que se entenda que tais etapas estão distantes em possuírem limites bem delimitados e precisos. Em um dado instantes em possuírem limites bem delimitados e precisos. Em um dado instantes, duas delas podem estar ocorrendo de modo simultâneo ou ficarem se alternando até que uma desapareça, ou pode ocorrer que uma delas tenha forma intermitente em toda a evolução clínica. Há pacientes que "saltam" alguma fase, outros que fogem à seqüência habitual dos estádios e, quando a doença tem um desenvolvimento muito rápido, pode acontecer que todos os períodos se condensem ou se apresentem ciclicamente, ou ainda evoluam de uma vez só para o ponto final de aceitação. Mas de um modo geral, temos:

i) Negação — Logo após o impacto do diagnóstico, o comum é haver uma reação de negação, como um mecanismo de defesa no sentido de amortecer o choque, de minorar a angústia. A realidade fria e fatal torna-se muito difícil de aceitar e a anulação de sua existência parece ser a única alternativa. Sabemos que a morte é uma ameaça onipresente durante toda a vida do indivíduo, mas quando ela se afigura próxima reagimos defensivamente, de modo peculiar e decisivo, negando o que nos afronta. Muitas vezes o paciente tenta utilizar o médico para reassegurar sua negação: "Eu não tenho câncer, não é doutor?"

Atitudes extremadas à parte, tal mecanismo de acomodação é útil na medida em que resguarda a realidade subjetiva do paciente ao tirar a conturbação inicial e aguda, protelando-a. Mas poderá levar a prejuízos devido à falsa realidade por ele admitida e, então, gerar conflitos: "Para que ir ao médico, se eu não tenho câncer?" É de primordial importância que a equipe médica assistente esteja atenta para quando o negativismo já não for benéfico ao paciente, devendo então instituir medidas no sentido de incentivar o otimismo, se o caso assim permite, ou preparando-o para enfrentar a verdade, com amparo, compreensão e assistência.

Na verdade, em quase todas as ocorrências catastróficas, tais como a morte súbita de um parente ou amigo, ou um acidente em que um conhecido ficou gravemente mutilado, etc., a primeira reação é a negativa de incorporar a realidade, e quando o fato é com o próprio indivíduo, a reação à ameaça ao conceito inconsciente e universal de imortalidade é firme e característica: "Não. Não é verdade. Isto não pode ser comigo".

Mas o acompanhamento destes pacientes mostra que são muitos raros aqueles que se mantêm neste estado de fantasia até o momento da morte. Em algum instante, esta fase de negação não pode mais ser sustentada e começa a ruir. Este acordar pode ser deflagrado por um acontecimento qualquer, uma frase dita por um parente, ou por um comentário de um médico, ou a leitura de um exame laboratorial, ou por um sintoma ou sinal da doença, ou até mesmo por um pensamento que possa ter ocorrido ao paciente. O resultado é que, em um dado momento, ele diz para si mesmo: "Sim. Estou doente. Estou mesmo com esta doença. Não há engano . . ."

Esta absorção da realidade objetiva caracteriza a saída da fase de negação, e rapidamente o paciente se indaga: "Mas, por que eu? Por que não alguém menos dignos do que eu? Tais perguntas, ou variações tão somente morfológicas destas, mostram que está começando o segundo período, a fase de

ii) Raiva — Este é um estágio difícil, pois a ira do paciente se projeta, de conformidade com as circunstâncias, em

quem estiver mais próximo, quer em distância ou em idéia. Médicos e enfermeiras passam a receber críticas infundadas, e serem acusados de incompetentes de não administrarem a medicação de modo ou no momento correto, de não mudarem ou remédios que, de acordo com o paciente, já deviam ter sido trocados. Muito freqüente, o doente acusa a medicina de atrasada, ultrapassada, que não resolve coisa alguma. Tudo o que é feito para o paciente, recebe sua crítica implacável. É comum, nestas horas, a indagação: "Por que o senhor não consegue me curar? Ou o senhor não é médico?"

As agressões, muitas vezes, são dirigidas a quem goza de boa saúde. As visitas são mal recebidas, por vezes insultadas, e exatamente por isto, amigos e parentes começam a se afastar, o que, em um mecanismo de feedback, aumenta ainda mais a raiva do paciente.

Nesta fase, a compreensão dos que cercam o paciente e da equipe médica que o assiste ganha uma importância sem antecedentes, e vários trabalhos publicados em muitos países demonstram que, se tal compreensão é alcançada, o paciente cedo desiste das agressões, da voz alta, do reclamar contínuo, e percebe que, mesmo ante tal adversidade, ele é amado. Isto é: as pesquisas são fortemente indicativas de que, se o ambiente é de compreensão e amor, a fase de raiva é não só menor, mas freqüentemente mais branda. Entretanto, de qualquer modo, este período tem seu final assegurado quando da descoberta, pelo paciente, que seu comportamento ofensivo em nada mudou a realidade dura e inaceitável. Inicia-se, então, a fase de

iii) Negociação — o que não foi conseguido no grito, poderá, quem sabe, ser obtido pela negociação. Aqui temos uma regressão do ponto de vista psicológico, e o paciente, tal qual uma criança, tenta barganhar: promete ser uma pessoa boa, ou fazer doações aos pobres, caso se apresente uma cura o seu mal. Ele espera um "milagre".

Recordemos que desde os tempos imemoriais o Homem tentou explicações para as causas e a natureza das doenças. Já se pensou ser devido à influência dos corpos celestes, a distúrbios dos humores coróreos, e ao pecado. No século XVI, Copérnico publicou *De Revolutionibus Orbium Coelestium* e esta obra marca o início do fim da astrologia aplicada à patologia. Ela é ainda usada para prever o futuro. Dois séculos depois, Morgagni escreve *On the Seats and Causes of Disease as Disclosed by Anatomical Dissections* a qual marca o começo da queda da teoria de que o desequilíbrio dos humores (sangue, bile amarela, bile escura e fleuma) era a causa das doenças. Que o pecado é a causa das doenças é uma teoria que continua viva entre nós, e o paciente terminal, nesta fase de barganha, a ela se agarra com unhas e dentes, e passa a interpretar sua enfermidade como "castigo divino", devido a algum coisa que ele fez ou deixou de fazer.

É nesta fase que, freqüentemente, o doente se torna religioso se não era ou, se era, reenforça agudamente suas práticas e sua fé. Lança críticas aos métodos científicos que não levam em consideração os efeitos da crença e insiste em que todos aqueles que o rodeiam sejam e pratiquem religião. É também neste estágio que a grande maioria, quando se sugere uma assistência religiosa, aceita-a de bom grado. Com o passar do tempo, como a negociação não surte efeito, o paciente começa a se retrair. É o início da fase de

iv) Depressão — A interiorização se inicia geralmente quando a doença se agrava, ou aparecem novamente sinais e/ou sintomas que já tinham desaparecido ou ainda quando o paciente necessita de uma re-hospitalização para uma

nova cirurgia, ou uma nova quimioterapia. Ele sente que sua moléstia, longe de apresentar qualquer regressão, está a evoluir. Não há como deixar de ver o óbvio. Somado a esta sensação de fracasso, se é que assim pode-se dizer, há outros problemas que coadjuvam a deprimí-lo: o custo do tratamento, o distanciamento de sua vida profissional, a não participação nas decisões da família, a queda do padrão familiar, a marginalização de seus objetivos, etc.

E por cima de tudo isto, há em outro fator que aos poucos vai crescendo e chega a dominar o período: é a depressão relacionada ao futuro, a partir do quadro presente, e que não mostra nenhum sinal verde. É consequência do sentir que seu fim se aproxima continuamente, que sua morte se avizinha como uma realidade inevitável e independente. Esta conscientização o prepara para o desfecho final. Vários médicos já observaram que, para o primeiro tipo de depressão, os remédios são úteis e conduzem a uma substancial melhora, mas para a depressão ligada ao antever do que o espera, nada leva ao alívio. Mesmo as conversas familiares e o encorajamento pelos amigos parecem carecer de sentido e são recebidos como se vazios fossem. É um período de apatia, de silêncio, e geralmente não há espaço para palavras nem para explicações; tudo parece desnecessário. O conforto então deve se constituir de um toque de mão, um afago na cabeça, um alisado no braço, ou simplesmente com a presença silenciosa, ou até mesmo só um olhar.

Nesta etapa algumas visitas podem ser prejudiciais visto que podem dificultar a absorção de uma realidade que pertence unicamente ao paciente e, todos sem exceção, devem entender o fato e não exigir do paciente coisas que ele não está disposto a ceder, uma vez que ele está se preparando para a acalmia, para a nova e última fase, a de

v) Aceitação — Do mesmo modo como o crepúsculo anuncia a noite, a fase depressiva anuncia a fase final de aceitação. O paciente aqui já sentiu exaurir todas as suas forças de combate, e aceita a realidade, e a entende, e na sua fraqueza vê que nada há a fazer, ou a tentar, ou a sustentar. Não é um período de felicidade mas de ausência de sentimentos. Se não há sofrimento físico, e não há porque deva haver, a guerra terminou e resta ainda algum tempo para descansar antes da chegada ao ponto de convergência inexistencial.

É comum nesta fase a família necessitar de mais atenção que o doente; este quer estar só, ou com muito poucas pessoas, e não interessa o mundo que está à sua volta: ele vive os momentos finais de seu próprio mundo, o mais importante de todos os que ele conheceu nesta maravilhosa aventura. Sua comunicação é, por vezes, unicamente mímica ou completamente a nível de olhares que tudo dizem. . .

Aqueles que leram "Rock Hudson, His Story", de Rock Hudson e Sara Davidson, tiveram a oportunidade de observar as Fases de Kubler-Ross com todas suas características mais proeminentes, e além disto, notar que ocorrem, a depender de várias e inesperadas variáveis, momentos de esperança irradiante. É fato geral. Não chega a constituir uma fase, mas há um permeio de oscilantes sensações de vitória sobre a doença em todos os períodos já discutidos.

Por último, é preciso ressaltar que a família, via de regra, percorre as mesmas fases, apenas com uma defasagem cronológica. E isto torna-se um fato de suma importância para todos que lidam com este tipo peculiar de paciente, conquanto deste fato entender-se-á melhor o complexo emaranhado de pormenores que ocorrem no dia-a-dia da assistência prestada.

A assistência especial ao paciente terminal então, resumindo, surgiu como consequência de três transformações que ocorreram mais ou menos simultaneamente: 1. O avanço médico-terapêutico (Mudança Médica); 2. O modo de ver a morte (Mudança Social) e 3. A compreensão da exteriorização do saber que a morte se aproxima (Mudança Científica).

### 03. OBJETIVOS DIFERENCIADOS

A finalidade da assistência médica ao paciente terminal, especial pelos motivos expostos no parágrafo anterior, não é, ao contrário do que ocorre em quase todas as especialidades médicas, a cura. Diante do paciente terminal, mais do nunca, o objetivo do médico passa a ser o indivíduo e não a doença. O bem estar do paciente, como um todo, é o que deve ser perseguido de perto. Temos que vê-lo como um ser biopsicossocial, que ele é, e então equilibrá-lo, tanto físico como psíquico e socialmente. Provavelmente em nenhuma outra área médica, temos melhor aplicação do velho e sábio aforismo: "Curar às vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre".

A insistência na terapêutica deve ser pesada e avaliada passo a passo. A teimosia em persistir em esquema gerais, sem situar a individualidade de cada um, não tem aqui espaço. Em cada fase, e em cada momento das fases, a equipe assistente deve manter a perspectiva global do paciente, como uma unidade doente, mas indivisível. Desde a primeira dificuldade, que é o choque psicológico provocado no doente e nos familiares em decorrência do diagnóstico de doença neoplásica maligna, o médico deve saber tatear no sentido de mostrar a verdade, sem ferir, sem humilhar, amparando e ajudando onde e como puder.

Como sabemos, existe ainda no público, e também em muitos profissionais, uma vez que os médicos sofreram a influência dos sentimentos negativos da sociedade frente ao câncer muito antes de seus ingressos nas escolas médicas, a representação aterrorizante do câncer que o faz parecer uma doença inexoravelmente fatal, e acompanhado de longos e atrozes sofrimentos. O primeiro trabalho do esculápio é então desmitificar a doença cancerosa. Um argumento sempre importante é falar sobre pessoas curadas, isto porque uma das principais razões do pessimismo excessivo é que não existe família que não tenha tomado conhecimento de formas altamente malignas de câncer e que não tenham visto pacientes falecerem de forma difícil de esquecer. E este estado de coisas é ainda ajudado pelo fato de que, pacientes cujos tratamento foram conduzidos com êxito, e para os quais muitas vezes não lhes foi revelado seu real diagnóstico, como ocorre atualmente na maior parte das vezes, não têm condições de afirmar terem sido curados de câncer, e outros que sabiam ser portadores de doenças malignas, e ficaram bons, não desejam comentar ou mesmo lembrar etapa tão difícil de suas vidas.

Além disto, para muitos, e talvez resquícios da teoria do pecado como casa das doenças, o câncer é uma doença humilhante, situação similar à ocupada no passado pela tuberculose e a sífilis e que, por esta razão, deve ser considerada um segredo dos familiares mais próximos, e quanto menor em número, melhor. Notemos que todas estas complicações psicológicas e sociais não existem, por exemplo, no ca-

so das doenças cardio-vasculares, cuja gravidade é, no mínimo, igual à das neoplasias e com frequência bem superior. Toda esta malha de importantes detalhes não pode passar despercebida do médico que trabalha com pacientes terminais, pois dele haverá de ser exigido um comportamento misto de médico, amigo e orientador, uma vez que é impossível não reconhecer que a comunicação entre a pessoa que recebe o tratamento e a que administra não pode se restringir a uma sucessão de informações objetivas e racionais, visto ser do nosso conhecimento que a troca de idéias e informações entre seres humanos é evidentemente de muito maior complexidade.

Para o paciente, também, o acompanhamento médico tem objetivos distintos: uma vez que ele entendeu a gravidade da doença que o acomete, a conversa sobre a enfermidade e suas conseqüências, e como vencê-las, a explicação da terapêutica geral e os pequenos ganhos e melhoras tornam-se importantes e ganham volume. A família, por outro lado, ao enxergar que o enfermo está a receber o apoio, o conforto e a terapêutica disponível, todos em suas melhores formas, há de entender também que estas são, na verdade, as metas a serem alcançadas no dia-a-dia, todo dia, com este paciente especial, para o qual o pensamento do médico pode ser sintetizado no brilhante dito francês do século passado: "Il n's a pas des, maladies seulement les malades".

#### 04. PROBLEMAS INTERCORRENTES TÍPICOS

Vários e complexos são os problemas que surgem, de modo único e característico, na evolução clínica do doente terminal. Vamos citar alguns, já que enumerá-los todos seria gigantesca tarefa que facilmente justificaria a publicação de um livro.

a) Deve-se dizer ou não o diagnóstico a um paciente terminal? Esta pergunta tem resposta polêmica. Somos de opinião que, em princípio, deve-se sempre optar pela verdade, de frente, de pé. Mas evidentemente cada caso deve ser estudado e decidido. É impossível apresentar uma resposta abrangente, simples e seca para todos os casos. Embora saibamos que, ao saber da verdade, o paciente colabora muito melhor com o tratamento, e estabelece-se um elo mais forte entre o paciente, o médico e os familiares, algumas vezes saber da realidade cria uma angústia e esta poderá gerar uma qualidade de vida inferior à que a própria doença já ocasiona. Geralmente isto é devido à falta de recurso psíquico inerente ao paciente, e o médico deve não só identificar como acompanhar estes pacientes com maiores cuidados ainda, da melhor forma possível.

O conhecer do diagnóstico permite a oportunidade única de melhor elaborar e administrar a morte, podendo até estimular um crescimento interno e criar condições de realizações nunca antes imaginadas, conquanto poderá mudar o conceito de muitas coisas que o paciente tinha, e fornecer, às vezes, até mesmo um novo sentido para a vida.

b) Deve-se informar o prognóstico estatístico da doença? Outra pergunta que gerará esplêndidos argumentos pró e contra. A rigor, ela está embutida na questão anterior e aqui, tal como lá, somos a favor da verdade, sem assustar, sem impactos desnecessários, colaborando, ajudando e mostrando esperança onde e se houver.

c) Eutanásia, sim ou não?

Não.

d) Deve o tratamento ser suspenso num paciente cuja vida se mantém às custas de respiradores artificiais, tubos, marca-passos, e outros aparelhos surgidos da moderna assistência médica, para atender pedidos expressos pelo próprio paciente, ou por seus familiares?

e) Vida, vida útil e vida inteligente são sinônimos?

f) Até onde, se é que existe um limite, é lúcido manter a vida de um paciente que não fala, não ouve, não sente, não...?

São questões difíceis e que mexem com praticamente todas as áreas do conhecimento humano, desde filosofia, religião e ética, até ciência, desejos, neuroses, preconceitos, diversas visões dos destinos individuais e coletivos, noção de vida e de morte, e de verdade...

Existem diversos estudos mostrando que suicídios entre pacientes portadores de câncer não difere significativamente da população em geral. Isto não demonstra que devemos lutar até a última gota? Concordamos com o oncologista paulista. P. Azzoni quando afirmou: "Quando não há mais nada a fazer, então tudo está para ser feito".

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BAHNSON, C. B. — *Cuestiones Psicológicas y Emocionales em Cáncer: Assistência Psicoterapêutica del Paciente Canceroso, in Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso* — Editorial Médica Panamericana — pg. 9 - 37 — Buenos Aires, 1977.
02. BIGLIONI, G. — *A Equipe Médica e a Morte* — Arq. Bras. de Cir. Dig. — Vol. 1, Suplem. 2 — pag. — 09 - 10 julho, 1986.
03. GANSL, R. G. — *Atendimento Médico ao Doente Terminal*. Arq. Bras. de Cir. Dig. — Vol. 1, Suplem. 2 — pg. 7 - 8 Julho, 1986.
04. HOLLAND, J. F. & FREI III, E. — *Cancer Medicine Lea & Febiger* - Philadelphia, 1982
05. KONIOR, G. S. & LEVINE, A. S. — *Miedo a la Muerte: Cómo se Comportan los Pacientes y Sus Médicos, in Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso* - Ed. Médica Panamericana - Pg. 38 - 47 - Buenos Aires, 1977.
06. KUBLER — ROSS, E. — *On Death and Dying Macmillan* — New York, 1969.
07. RAIMBAULT, E. — *Aspectos Psicossociais do Paciente com Câncer Psicorama* — Ano 6, nº 2 — 1985.