RECEBIDO: OUTUBRO 2011; ACEITE: JANEIRO 2012; PUBLICADO ON-LINE: JUNHO 2012

EMOÇÕES FACE AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Luis Miguel Ferreira
lmferreira@esenf.pt
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Doutorando em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Célia Santos
celiasantos@esenf.pt
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Emília Bulcão
emilia@esenf.pt
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Neste artigo procura-se abordar o impacto emocional e as emoções emergentes quando surge o diagnóstico de doença oncológica. Face ao impacto decorrente do diagnóstico de cancro são evidenciadas consequências psicológicas, a nível das respostas emocionais, surgindo distress, ansiedade grave e depressão, emergindo também emoções como o medo e a raiva. Tomando por base o conceito de emoção de Lazarus, objectivando determinar as emoções desencadeadas face a um diagnóstico de doença oncológica, desenvolveu-se um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os resultados do estudo permitiram concluir que, face ao diagnóstico de doença oncológica, emergem as emoções de medo e raiva. Destaca-se que apesar das emoções emergentes serem consideradas na literatura como negativas, apresentam um potencial adaptativo muito importante. Compreender as emoções inerentes a um diagnóstico de cancro, parece-nos favorecedor de competências, potenciadoras da eficácia de uma relação terapêutica, que promova o bem-estar emocional do doente e beneficie o seu processo de adaptação.

PALAVRAS-CHAVE: cancro; emoções; medo; raiva.

ABSTRACT: This article seeks to address the emotional impact and the emerging emotions arise when the diagnosis of cancer. Given the impact resulting from the diagnosis of cancer are evident psychological consequences, at the level of emotional responses, emerging distress, severe anxiety, depression and emotions like fear and anger. Based on the concept of Lazarus emotion we have developed a descriptive study of qualitative research to determine the emotions unleashed against a diagnosis of cancer. The study results showed that, given the diagnosis of oncological diseases, arise the emotions of fear and anger. It should be emphasized that in spite of the emotions emerging being considered in the literature as negative, has a very important adaptive potential. Understanding the emotions inherent in a diagnosis of cancer, it seems supportive of skills that enhance the effectiveness of a therapeutic relationship which promotes the emotional well-being of the patient and facilitate the process of adaptation.

KEYWORDS: *cancer; emotions; fear; anger.*

Impacto Emocional de um Diagnóstico de Cancro

As alterações emocionais nas pessoas com uma doença do foro oncológico são inevitáveis, dado o impacto do diagnóstico (Soares, 2000). Segundo Aapro (1997) a doença oncológica tem um impacto profundo na forma como os indivíduos se percepcionam, bem como no modo como percepcionam o ambiente social que os rodeia, encontrando-se esta doença no grupo das que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo (cit. in Matos & Pereira, 2002).

O cancro assusta as pessoas (Martin, 2004) e depois de instalado, passa a imperar o caos sobre a ordem, constituindo um desafio à normalidade, adquirindo um lugar preponderante nos terrores sociais (Cabral, 1993).

Inúmeros estudos apontam para o despoletar de respostas emocionais, tais como depressão e ansiedade grave (Haynal, Pasin e Archinard, 1998; Epping-Jordan et al, 1999; Burgess et al, 2005; Knobf, 2007; Fernandes, 2009), podendo também incluir a expressão de medo, raiva, revolta, desesperança, pensamentos suicidas e culpa. As respostas emocionais são, na maioria das vezes, acompanhadas por sintomas físicos tais como fadiga, perturbações alimentares, sexuais e do sono (Haynal, Pasin e Archinard, 1998).

Ogden (1999) refere que as consequências psicológicas dos doentes com cancro, a nível das respostas emocionais, podem repercutir-se até em depressão grave, luto, ansiedade, fúria, mudanças de personalidade e falta de controlo.

Seligman (1996) apesar de valorizar a individualidade inerente a cada indivíduo, identifica três estadios previsíveis intrínsecas aos doentes oncológicos. O primeiro estadio corresponde às reacções emocionais pelas quais os doentes vão passando, desde incerteza ansioso pré diagnóstico, ao confronto com o diagnóstico, seguindo-se uma fase de stresse agudo e depressão. O segundo estadio reúne a aceitação do diagnóstico e do tratamento, caracterizando-se pela vivência de incerteza no futuro e pelo desaparecimento da vida tal como a conheciam. Após as primeiras reacções de stresse agudo e de choque, no período de tempo de algumas semanas, dá-se uma transição gradual em que os doentes começam a aceitar o diagnóstico nas suas vidas. Esta transição será tanto mais favorável quanto mais apoiados os doentes se sentirem, no entanto, é frequente o sentimento de perda, associado a vulnerabilidade e solidão, podendo surgir ansiedade, depressão e desespero. Verifica-se que durante este estádio o doente sente receio e preocupações que decide não exteriorizar para não preocupar aqueles que o rodeiam. O terceiro estadio é identificado com uma fase pós tratamento, onde são evidenciadas as consequências físicas e psicológicas da fase aguda da doença e do tratamento, bem como a potencialidade de uma recidiva. Mesmo nesta fase, o impacto físico e emocional do diagnóstico inicial mantém-se presente, o medo poderá demorar alguns anos a diminuir ou nunca desaparecer na totalidade.

McCray (2000) refere que perante o diagnóstico de cancro, a principal preocupação da pessoa será a vida versus morte. Em muitos doentes foram observados adormecimento de sentimentos ou choque. Menciona que as pessoas revelam maior *distress* quando a notícia é recebida no quarto do hospital ou pelo telefone, demonstrando sentirem-se mais vulneráveis nas situações em que se encontravam sós. Neste momento, também demonstraram necessidade em dar a conhecer o seu sentimento de catástrofe pessoal.

Weisman e Worden (1989) descreveram a resposta inicial ao diagnóstico como uma condição existencial, referindo que o indivíduo tenta corresponder a temas existenciais, nomeadamente os que concernem à morte, ao futuro e ao modo de vida adoptado.

Pode-se inferir que após o diagnóstico, a representação que o doente tem da sua saúde, do seu futuro, da sua imagem e das suas capacidades são completamente alteradas (Matos & Pereira, 2002).

Metodologia

Com o objectivo de descrever as emoções da pessoa quando lhe é diagnosticada uma doença oncológica, desenhou-se um estudo descritivo, alicerçado no paradigma naturalista. Determinou-se como população os doentes oncológicos de uma Instituição de Saúde especializada no tratamento do doente oncológico,

determinando como critérios de inclusão os doentes que tivessem apenas um diagnóstico de cancro e se encontrassem num período ausente de qualquer tipo de tratamento, não ultrapassando os dez anos após o diagnóstico. Utilizamos uma amostra intencional com um total de dez participantes. Utilizou-se como técnica de recolha de dados a entrevista não estruturada. A análise das entrevistas foi efectuada através de análise de conteúdo segundo a óptica de Bardin (2004), tendo sido alicerçada à priori no conceito de emoção descrito por Lazarus (1991), que constituiu o referencial teórico do estudo.

Resultados

Os resultados indicam que as emoções emergentes após a tomada de conhecimento de um diagnóstico de cancro são o medo e a raiva.

O **medo** é descrito por Lazarus (1991) como uma ameaça concreta e repentina, sendo uma reacção mais primitiva do que a ansiedade. Refere que, face a uma situação de perigo iminente, não temos muito tempo para reflectir e ficamos assustados com a perspectiva imediata de morte súbita ou dano. Salienta a perspectiva imediata, justificando que podemos estar ansiosos com a morte, mas conseguimos distanciar-nos e não pensar acerca dela, excepto em situações de perigo severo. Uma situação de proximidade com a morte, pode não nos ajudar, mas lembra-nos da nossa mortalidade.

A categoria de medo foi dividida em duas subcategorias, correspondentes ao "confronto com a morte" e as "manifestações psicofisiológicas" vivenciadas pelos participantes.

Na subcategoria "confronto com a morte", os discursos dos participantes revelam que, face ao momento do diagnóstico de cancro, a vivência experiencial é sentida de modo súbito e avaliada como estímulo ameaçador e perigoso, sendo identificado com a morte. Mencionam ter medo de morrer ou experimentam uma vivência muito próxima com a finitude das suas vidas.

"…naquele dia que eu soube que era mesmo cancro… nesse dia tive medo de morrer…"

Relativamente à subcategoria "manifestações psicofisiológicas" e, tal como Lazarus (1991) refere, a emoção emerge na dependência da avaliação cognitiva que fazemos da situação *stressante*, no entanto também salienta a interacção existente entre o princípio psicobiológico e os processos fisiológicos, que ocorrem numa emoção. Neste sentido, decidiu-se considerar nesta subcategoria as expressões do discurso dos participantes que evidenciam esta interrelação.

O momento vivido pelos participantes, quando confrontados com o diagnóstico de cancro é vivenciado como algo terrífico e de difícil descrição. Mencionam que num curto espaço de tempo são assolados por múltiplos pensamentos difíceis de pormenorizar

"…este espaço de tempo em que nos diz – é um tumor maligno, cancro – acho que passou-me milhares de coisas pela cabeça…"

Também descrevem esta experiência vivida, referindo sentirem como que se tivessem sido atingidos por algo violento, utilizando como metáforas algumas expressões, com evidência de repercussões a nível fisiológico.

"…um abalo, um tremor de terra… um abalo sísmico…"

No mesmo sentido, uma das expressões descritas, demonstra claramente a repercussão física subjacente à interrelação psicofisiológica existente numa emoção.

"…dão-me o resultado do exame, eu estava com um pijama… vermelho, nunca mais me esquece, eu suei tanto ou tão pouco que eu manchei os lençóis de vermelho…"

Estas manifestações vivenciais psicofisiológicas situacionais, também denotam reacções momentâneas a nível psíquico, sendo reveladas sensações de perda de controlo e de embotamento mental, de difícil descrição.

"…senti-me desfalecer, senti o chão a fugir-me dos pés, tive um ataque de choro enorme, fiquei completamente perdida, sem saber o que fazer…"

Também são descritas manifestações vivenciais que evidenciam reacções de bloqueamento e/ou confusão mental.

"Não senti nada, rigorosamente nada, fiquei bloqueada… parece que o cérebro parou naquele momento, não pensei em nada, não tive reacção nenhuma…"

Ao mesmo tempo, que são referenciadas estas manifestações, também mencionam que parece terem sido atingidos por "algo" muito violento, que os incapacita de pensarem. Concomitantemente, uma das participantes refere ter sentido uma tranquilidade, não sabendo explicar a origem para tal facto. Ao longo do discurso, verifica-se que atribui esta reacção à ajuda divina, como forma de ajuda e suporte face à situação vivida.

"…é assim como que… um raio ou um martelo daqueles muito grossos que nos dá uma pancada e a pessoa fica assim meia atordoada e não tem capacidade para pensar… não sei se é pelo choque… a pessoa sentir de repente uma tranquilidade que vem não sei de donde… o certo é que não tive reacção…"

A situação vivencial desta fonte de stresse é descrita de um modo tão intenso, que se revela marcante e difícil de esquecimento, sendo praticamente impossível ser apagada da memória a longo prazo.

"…se lembra da altura em que o médico lhe disse – você tem cancro – são coisas que nunca mais se conseguem apagar na vida…"

Nesta subcategoria são evidenciados relatos demonstrativos da clarividência entre o psíquico e o fisiológico, sendo difícil de destrinçar a simultaneidade decorrente entre ambos.

Relativamente à emoção de **raiva** Lazarus (1991) refere que esta é uma emoção especialmente complexa, mas interessante. Esta emoção depende da avaliação efectuada quando a nossa própria identidade é posta em causa. É uma emoção complexa e socialmente importante. A maior parte dos cenários conducentes à raiva envolve um ataque ao nosso próprio "Eu", à nossa identidade, levando a uma avaliação de desprezo pessoal ou ofensa, sendo esta a maior variante psicodinâmica da raiva. Resumidamente, menciona que a raiva se refere a uma ofensa aviltante contra mim ou os meus.

Menciona que o motivo básico para preservar ou realçar a auto-estima contra a ameaça, leva a que a raiva ocorra. Quando sentimos que algo não está bem ou que o mundo nos tratou mal, podemos sentir-nos diminuídos e menos significantes como pessoas do que aquilo que ambicionamos, procurando alguém ou alguma coisa para culpar. A emergência da culpa pode surgir dirigida a nós próprios, como se fossemos um objecto externo, ou a uma força externa, dirigida a alguém ou a alguma coisa. (Idem).

Os discursos dos participantes denotam que foram mal tratados pelo mundo, sentindo-se injustiçados pelo sucedido. Por vezes, referem sentir uma revolta imensa. Questionam-se porque é que foram contemplados com um diagnóstico tão malévolo, não se considerando merecedores de tamanha injustiça. Procuram razões antecedentes ou acontecimentos de vida que possam justificar tal diagnóstico, não encontrando justificações credíveis, denotam sentir uma maior revolta para com o mundo. Em algumas das narrativas é evidenciada uma necessidade de retaliação, chegando a personificar o tumor numa força externa que têm que ser banida.

"…uma revolta tremenda, tremenda, tremenda, porque que é… que me acontece a mim…"

Esta emoção emerge na vivência situacional do diagnóstico. No entanto, duas das participantes referem que ainda hoje sentem episódios de raiva pelo ocorrido.

Nas expressões do discurso dos participantes, também é evidenciada a atribuição de culpa à sua própria identidade ou a outros. Salienta-se que uma das participantes atribui culpa dirigida a outras pessoas, constatando-se uma necessidade de vingança numa atitude de retaliar os pressupostos culpados pela situação ocorrida.

"…eu estava doente era por causa da x… culpo-o, e culpo-a a x porque foi tudo uma questão nervosa… queria morrer para me vingar do x e x…"

Discussão

Relativamente à emoção de medo, na subcategoria "confronto com a morte", os participantes deparam-se com a visualização da finitude da vida. No momento do diagnóstico, os participantes avaliam a situação,

verbalizando medo da morte ou expressam-se através de metáforas, que demonstram análogo significado. O impacto provocado pelo diagnóstico é tão intenso que induz o confronto com a iminência da morte e da sua proximidade.

Os relatos efectuados pelos participantes são semelhantes a um exemplo descrito por Lazarus (1991), quando narra uma situação vivencial da emoção de medo, referindo que, se num avião em pleno voo os motores pararem, somos confrontados com a ameaça de morte iminente, mencionando que embora esta proximidade possa não nos ajudar, lembra-nos da nossa mortalidade.

Phaneuf (2002) refere que não nos devemos esquecer que a palavra cancro provoca medo e basta o seu pronuncio para que a pessoa pense na morte e, embora não o exprimindo verbalmente, pensa nisso com muita frequência.

As descrições da emoção de medo, relatadas pelos participantes, referentes à subcategoria "manifestações psicofisiológicas", vão ao encontro da perspectiva de diferentes investigadores, quando explicitam as características definidoras desta emoção. Na perspectiva de Izard (1991), o medo é descrito como experiência ameaçadora e perigosa, sendo acompanhada da percepção de alterações fisiológicas. A pessoa sente que a sua segurança e o seu bem-estar estão ameaçados, surgindo incerteza, insegurança, parecendo que tudo está fora de controlo. Segundo este autor, a intensidade desta emoção causa uma "visão em túnel", que reduz grandemente a variedade das percepções, pensamentos e opções. No entanto, esta visão torna-se facilitadora porque limita o número de opções de acção, favorecendo um comportamento protector e adaptativo, de modo a reduzir a ameaça sentida. A mobilização corporal e a expressão dos comportamentos são sentidas, como resultantes da percepção da ameaça ou do perigo. Paradoxalmente, a pessoa pode ficar como que congelada, sem saber o que fazer e aparentemente imobilizada ou fugir com toda a sua força, abandonando todo o pensamento e acção, que não é relevante para escapar da ameaça. Damásio (2003) igualmente refere que podemos correr de medo ou ficarmos paralisados, considerando que, por vezes, a perturbação corporal se assemelha a uma verdadeira convulsão. Segundo LeDoux (2000), o acto de ficar paralisado pode ser entendido como preparatório para um combate defensivo, quando a fuga não é possível, ou para a fuga, quando as condições o permitem.

O misto de interacções psicofisiológicas foi verbalizado de inúmeras formas, mas considerou-se pertinente mencionar a descrição de um dos participantes que, perante a intensidade da notícia, refere sentir uma tranquilidade inexplicável, atribuindo a causalidade deste facto a uma entidade não terrena, protectora, sendo identificada com Deus. Esta descrição parece semelhante com o que Damásio (2003) designa por "analgesia natural", referindo-se ao envolvimento de determinadas moléculas químicas, determinantes de acções em certas regiões cerebrais. Exemplificando, refere-se que quando tentamos fugir de determinado perigo, será vantajoso não sentirmos dor, situação que pode ser análoga a tomar uma alta dose de aspirina ou de morfina. Nesta situação, a intervenção de moléculas similares à morfina (endorfinas), geradas natural e internamente, actuam como se fossem uma receita médica, em que o cérebro assume naturalmente o papel de médico. Menciona que é curioso pensar que, quando é necessário, a natureza se encarrega de administrar o mesmo tratamento para a dor que um médico institui no doente que sofre. Atribui este facto à modificação de certas regiões cerebrais, com a associação de determinadas moléculas químicas. Este facto também sucede com os soldados nos campos de batalha, onde essas moléculas modificam os mapas do corpo, que lhe revelariam dor e medo.

LeDoux (2000) menciona que, perante situações de perigo ou de grande tensão, o cérebro emite mensagens aos órgãos do corpo, através do sistema nervoso autónomo, regulando a actividade destes de forma a adaptá-los às exigências da situação indutora de stresse. No caso particular da emoção de medo, o sistema nervoso autónomo é activado, induzindo uma série de reacções cardiovasculares e outras viscerais, que ajudam a manter a reacção de imobilização, sendo libertadas hormonas de stresse para a corrente sanguínea, que ajudam o corpo a suportar a situação ameaçadora. Também descreve que a reacção à dor é igualmente suprimida.

A emoção de medo induz uma série de reacções físicas, preparando o organismo para enfrentar a situação *stressante*.

Estes factos fazem relembrar a teoria de Selye (1987), o Sindroma de Adaptação Geral. Segundo esta teoria, perante uma situação indutora de stresse, o organismo evidencia uma reacção de alarme, um estado de resistência e um estado de exaustão. É manifestada uma expressão somática, representativa da chamada de todas as forças defensivas do organismo, com activação do eixo hipotalámo-hipófiso-suprarrenal. Mantendo-se activado, com objectivos reparadores, o indivíduo tenta suportar o *stressor* resistindo aos seus efeitos mais debilitantes, desenvolvendo um estado de adaptação ou de resistência. Verifica-se uma elevação de cortisol no sangue, activando o metabolismo geral e aumentando a força muscular à diminuição de processos inflamatórios. Porém, se a exposição ao agente indutor de stresse se mantém, há uma depleção de energia adaptativa, mantendo-se elevados níveis de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo, podendo diminuir a resistência às infecções e, em casos extremos, o indivíduo pode morrer. Salienta-se que o autor não deu relevo à componente cognitiva durante o processo de stresse, valorizando apenas a componente fisiológica. Todavia, perante os resultados obtidos neste trabalho, perece-nos que é impossível dissociar a mente do corpo.

Esta correlação existente entre a mente e o corpo é realçada e preconizada por Damásio (2003) e Ribeiro (2005), ambos referindo que durante a ocorrência de um processo psicológico, não é possível dissociar as reacções biológicas e químicas, funcionando como um bloco unitário.

Os discursos dos participantes também evidenciam que o momento do diagnóstico jamais é esquecido. Izard (1991) salienta que a intensa experiência de medo é recordada de forma nítida, mesmo muitos anos depois. Damásio et al (2000) referem que, após terem efectuado uma experiência, onde foi englobado um episódio emocional, com as emoções de medo, tristeza, felicidade ou zanga, verificaram que os participantes se recordavam dos pormenores dessas experiências, conseguindo revivê-lo com uma intensidade surpreendente (cit. *in* Damásio 2003). Kulik (1977) e Christianson (1989), citados por LeDoux (2000), descreveram um fenómeno que denominaram "memória de impacto", referindo que as pessoas, perante situações emocionais intensas, recordam o momento vivido de forma crua e nítida. LeDoux (2000) menciona que este facto se relaciona com situações fisiológicas, nomeadamente a descargas de adrenalina.

Também se constatou a recordação de determinados pormenores e não de outros. Como nos relata um dos participantes, ainda hoje se recorda dos enfermeiros que o trataram, facto que atribui ao precioso apoio emocional que lhe foi prestado. Esta situação é descrita por LeDoux (2000) sendo denominada de memória selectiva. Ocorre quando os aspectos de determinada situação, considerados fundamentais, tendem a ser recordados, em detrimento de outros, referindo que este facto pode depender de factores individuais. Também refere que a recordação de situações emocionais pode ser fraca, quando as situações traumáticas são intensas, podendo ser acompanhadas de uma amnésia selectiva. O mesmo autor refere que estas situações coincidem com a teoria psicanalítica de Freud (1966), em que os acontecimentos desagradáveis são reprimidos e relegados para campos inconscientes da mente (cit. *in* LeDoux 2000). Parece-nos que o discurso de um dos participantes, evidencia uma situação similar, pelo facto de, durante toda a entrevista, patentear um discurso de evitamento e/ou negação em relação à situação vivida. Referindo, por vezes, não se lembrar de determinados pormenores, justificando-se com a rapidez com que tudo se passou e evidenciando um discurso não verbal paradoxal com o relato verbal.

Salienta-se que o conforto com este diagnóstico é potencialmente tão intenso que parece despoletar uma categoria diagnóstica comparável ao distúrbio de stresse pós-traumático. Serra (1999) menciona que este diagnóstico se caracteriza pela exposição a um acontecimento traumático, em que a pessoa na altura sentiu medo, desespero ou terror, envolvendo ameaça de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros. Nesta situação, o indivíduo pode evidenciar perturbações, que dão indício de marcas, po-

dendo reviver regularmente o acontecimento penoso, evitar deliberadamente tudo o que evoque a situação, revelando um certo grau de anestesia emocional perante a recordação ou mostrar um estado de hiperactivação vegetativa que não era usual antes da ocorrência. Alguns dos participantes evidenciam algumas destas manifestações, nomeadamente os esforços efectuados para evitar relembrar o impacte ou determinadas situações relacionadas com os tratamentos, bem como, evitar os locais ou a recordação de aspectos importantes da situação.

A categoria raiva emerge nos discursos dos participantes, como uma emoção negativa, emergindo logo após a comunicação do diagnóstico, com a excepção de duas das participantes que referem ainda, no momento actual, vivenciarem esta emoção.

Lazarus (1991) refere que esta emoção pode ser denominada por diferentes palavras, com a mesma significação, tais como, indignação, fúria, contrariedade, entre outras, evidenciando o aspecto cultural inerente à natureza humana. Izard (1991) descreve a emoção raiva, denominando-a de cólera, também como emoção negativa, que acontece quando uma causa física ou psicológica ameaçadora constitua um obstáculo capaz de impedir o indivíduo de atingir os seus objectivos, estando os estímulos desencadeantes relacionados com situações desagradáveis ou negativas. Izard e Ackerman (2000), citando Baumeister, Smart e Boden (1996), refere que quando existe um desafio ao "Eu" ou à auto-estima, a atenção sobre este aumenta, podendo activar um padrão de pena que precede, activa e amplifica a raiva. Esta emoção permite a mobilização e manutenção de altos níveis de energia, fazendo com que a pessoa se sinta mais capaz para enfrentar desafios e perigos. Pode manifestar-se por comportamentos agressivos, no entanto pode ser controlada, pelo que também pode ser dirigida a outro ou a si próprio. Lazarus (1991) também enfatiza o potencial energético que esta emoção pode ter, quando o indivíduo é defrontado com uma situação stressante. Menciona que esta emoção é uma das emoções mais intensas, devido ao seu impacto nas relações sociais e aos efeitos na pessoa que experiência esta emoção.

Nos discursos dos participantes também é evidenciada atitude de injustiça, perante o sucedido, questionando-se acerca do porquê do acontecimento, bem como, da limitação de objectivos futuros. Uma das participantes relata a experiência de revolta intensa, pelo facto de sentir que as expectativas face a um futuro próspero terem sido quartadas, limitando-lhe os objectivos próximos e o seu horizonte.

Na perspectiva de diferentes autores, as emoções de medo e raiva, potenciam uma resposta adaptativa muito importante perante situações de crise vivencial. Lazarus (1991) refere que estas são interdependentes, mas fazem parte da mesma moeda a nível adaptacional. Nestas emoções negativas, a actividade física é evidente, sendo interpretada como mobilização corporal, para lidar com situações de emergência. Izard (1991) também realça o potencial adaptativo destas emoções, referindo que as tendências para a acção são inteiramente apoiadas em objectivos específicos, tais como, o ataque, a defesa ou a protecção. Jenkins & Oatley (2002) mencionam que um padrão complementar à raiva é o medo. Martin & Boeck (1999) referem que o medo e a raiva são emoções que permitem a sobrevivência ao perigo iminente. O organismo entra em nível de alarme total, apenas conseguindo preocupar-nos com aquilo de que podemos ser vítimas e de como escapar ilesos, sendo todo o resto ignorado. Rodrigues (1989) também refere que estas emoções, apesar de introspectivamente opostas, representam uma preparação para a actividade energética de luta ou fuga. LeDoux (2000) refere que este tipo de reacção de luta ou fuga tem vantagens adaptativas inequívocas.

Os relatos dos participantes evidenciam que o confronto com o diagnóstico de uma doença oncológica constitui uma fonte *stressora*, capaz de induzir ambas as emoções negativas, sendo a representação emocional da doença oncológica muito negativa principalmente na avaliação inicial (Santos 2003). Salientamos que, embora estas emoções sejam negativas, os diferentes autores enfatizam a componente adaptativa, com a consequente mobilização de energia para fazer face à situação indutora de stresse.

Compreender as emoções inerentes a um diagnóstico de cancro, parece favorecedor de competências, que poderão potenciar a eficácia de uma relação terapêutica, que promova o bem-estar emocional do doente e beneficie o processo de adaptação. Alicerçar esta relação na individualidade de cada pessoa, mas nunca descorando o contexto situacional, quer nas peculiaridades inerentes ao processo de doença, quer nas inerentes à personalidade de cada pessoa, poderá favorecer uma base sustentável, ao juízo do diagnóstico de enfermagem, bem como, ao planeamento e delineamento de intervenções apropriadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.
2. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). *Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort*. (Vol. 330). (B. M. Journal, Ed.)
3. Cabral, J. M. (1993). *O Desafio da Normalidade (Impressões do fim da vida)*. Lisboa: Rei dos Livros .
4. Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
5. Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., et al. (1999). *Psychological adjustment in breast cancer: process of emotional distress*. Health Psychology , 18 (4), pp. 315-326.
6. Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., et al. (1993). Maligmant melanoma. Archives of General Psychiatry , 50 (9), pp. 681-689.
7. Fernandes, S. (2009). *preditores psicossociais do Ajuntamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Portugal: Tese de doutoramento apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
8. Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina psicossomática : perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
9. Izard, C. E. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
10. Izard, C., & Ackerman, B. (2000). *Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions*. In M. In LEWIS, & M. HAviland-Jones, Handbook of emotions (2 ed.). London: The Guilford Press.
11. Knobf, M. T. (2007). *Psychosocial responses in breast cancer survivors*. Seminars in Oncology Nursing , 23 (1), pp. 71-73.
12. Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
13. Ledoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
14. Martin, D., & Boeck, K. (2000). *QE o que é a inteligência emocional: como conseguir que as nossas emoções determinem o nosso triunfo em todas as situações (2 ed.)*. Pergaminho: Cascais.
15. Martin, P. (2004). *A Mente Doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença. (2ª edição ed.)*. Lisboa: Bizâncio.
16. Matos, P., & Pereira, M. (2002). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. . In M. Pereira, & C. Lopes, O doente oncológico e sua família. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
17. McCray, N. D. (2000). *Questões psicossociais e da qualidade de vida*. In S. E. Otto, Enfermagem em oncologia (3 ed.). Loures: Lusociência.
18. Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções* . Lisboa: Instituto Piaget.
19. Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
20. Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. . Loures: Lusociência.
21. Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
22. Rodrigues, C. – *Programações afectivas inatas*. In Rodrigues, C.; Teixeira, J. ; Gomes, M. – Afectividade. Porto: Contraponto, 1989.
23. Santos, C. (2006). *DOENÇA ONCOLÓGICA representação, coping e qualidade de vida (1 ed.)*. Coimbra: Formasau.
24. Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. San francisco: Jossey-Bass Publishers.
25. Selye, H. (1987). *Qué es le síndrome general de adaptación*. In S. Bensabat, & H. Selye, Stress: grandes especialistas responden (pp. 24-28). Bilbao: Mensagero.
26. Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). *Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico*. Psicologia, Saúde e Doenças , 1 (1), pp. 19-25.
27. Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias (3ª ed.)*. Coimbra: Adriano Vaz-Serra.
28. Weisman, A. D. (1989). *A model for psychosocial phasing in cancer*. In R. H. Moos, Coping with physical illness: new perspectives (pp. 107-122). New York: Plenun Medical Book Company.