



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em Oncologia:  
Grupo psicoeducacional "Aprendendo a Enfrentar"**

**Juciléia Rezende Souza**

**Brasília, fevereiro de 2009**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em Oncologia:  
Grupo psicoeducacional "Aprendendo a Enfrentar"**

**Juciléia Rezende Souza**

**Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de Brasília, como  
requisito parcial à obtenção do título de Mestre  
em Processos de Desenvolvimento Humano e  
Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde**

**ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**

**Brasília, fevereiro de 2009**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

---

Prof(a). Dr(a). Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente

Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Sebastião Benício Costa Neto - Membro

Universidade Católica de Goiás e Universidade Federal de Goiás

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz- Membro

Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição – Suplente

Universidade de Brasília

Brasília, fevereiro de 2009

*Dedico este trabalho aos pacientes oncológicos que fizeram parte da minha história, partilhando suas experiências e contribuindo para o meu crescimento profissional e, sobretudo, pessoal. Dedico a estes guerreiros, que não conhecem sua força, mas são capazes das mais corajosas proezas na luta pela vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*O caminho que percorri a partir do momento que ingressei no Mestrado até a finalização da dissertação não foi solitário. Conteí com a colaboração, apoio e carinho de pessoas que acreditaram em minha capacidade e contribuíram para a conclusão deste trabalho.*

*Agradeço à **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**, que me acolheu e instruiu, colaborando para o meu crescimento profissional e acadêmico, e me incentivou a desenvolver a autonomia e a autoconfiança necessárias à conclusão deste trabalho e ao meu desenvolvimento pessoal.*

*Agradeço à **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Maria Fleury Seidl**, pela sua disponibilidade para me auxiliar com a análise dos dados, possibilitando ampliar a compreensão dos meus resultados.*

*Agradeço aos membros da banca, os professores doutores **Elizabeth Queiroz, Sebastião Benício da Costa Neto e Maria Inês Gandolfo Conceição**, pela disponibilidade e colaboração para o aprimoramento deste trabalho.*

*À minha **Mãe**, pelo carinho e atenção dedicada, pelo colo e pelo incentivo constante ao meu crescimento. Ao meu **Pai**, por sempre investir em meu crescimento profissional, por incentivar minha curiosidade sobre o mundo e me apoiar em todas as escolhas que fiz ao longo da minha vida. Meu “muito obrigada” por serem quem são e me tornarem quem sou!*

*Aos meus **Irmãos**, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidei. **Gabriel**, sem você meu manual não seria o mesmo!*

*A você **Eduardo**, companheiro inestimável, com quem pude contar em todos os momentos. Sem seu carinho e dedicação essa dissertação não seria possível!*

*Às amigas queridas com quem compartilhei minhas descobertas e dúvidas: **Marcela Abreu**, obrigada por toda ajuda e pela alegria contagiante. **Camila Guerra**, sem seus desenhos o que seria deste mestrado? **Catarina Gomes e Marina “Smirnoff”**, simples, transparentes e sempre com o comentário certo na hora certa. **Flávia Brasil**, obrigada pelo aluguel do ouvido aos sábados de manhã. **Andréia Lino**, “ken lee” sem conhecer a goiana mais quadradinha do DF. **Karla Martins**, aprendi a olhar o lado positivo de tudo com você. **Camila Boaventura**, obrigada pelo suporte, pelo ouvido, pelo apoio. Amigas “B.” vocês foram imprescindíveis nestes últimos dois anos.*

*Agradeço à toda a equipe do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília, pois sem a confiança e o suporte por vocês oferecidos, esta pesquisa não seria realizada. Meu “muito obrigada” ao Dr. João Nunes, pela confiança demonstrada, pela receptividade às minhas idéias e pelo espaço de atuação disponibilizado. Agradeço especialmente ao Dr. Marcos Vinícius França, profissional dedicado e admirado por seus pacientes, que colaborou com esta pesquisa compartilhando seus conhecimentos.*

*E, finalmente, às Participantes, que confiaram na proposta de intervenção e compartilharam suas experiências, enriquecendo este trabalho.*

*Muito Obrigada!*

## RESUMO

O uso de intervenções psicossociais que, comprovadamente, geram benefícios aos pacientes oncológicos é um grande desafio para os psicólogos e demais profissionais que atuam em Oncologia. É necessário proporcionar aos pacientes condições para lidar o mais efetivamente possível com a doença e seus tratamentos. Diante do diagnóstico de câncer e dos seus tratamentos, os pacientes podem utilizar reações de enfrentamento que não favoreçam sua adaptação. Com o objetivo de promover habilidades de enfrentamento adaptativas ao diagnóstico de câncer e início do tratamento quimioterápico, foi desenvolvida uma intervenção psicoeducacional em grupo denominada “Aprendendo a Enfrentar”. O presente estudo propôs a elaboração e avaliação da eficácia terapêutica desta intervenção. Na fase 1, os pacientes foram avaliados para traçar a linha de base. Na fase 2, a intervenção foi desenvolvida e os pacientes reavaliados. Na fase 3, os pacientes foram reavaliados após três meses. Participaram do estudo quatro sujeitos iniciando tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia do HUB, independente do tipo de câncer. Foram todas mulheres, com idade média de 53 anos. Três delas compuseram o grupo de intervenção, enquanto uma se tornou sujeito controle. A intervenção foi realizada em seis encontros semanais, com duas horas de duração, utilizando o referencial teórico metodológico da análise do comportamento. Fizeram parte da intervenção estratégias de educação em saúde, promoção de autoconhecimento e autocontrole e treinos em estratégias de enfrentamento, relaxamento, habilidades de comunicação e resolução de problemas. Na linha de base os pacientes foram avaliados por meio de entrevista semi-estruturada e aplicação dos seguintes instrumentos: Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP); Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref); *Psychological Screening Tool for Cancer Patients* (PSCAN). Na fase 2, houve uma breve entrevista e os mesmos instrumentos foram utilizados. Para as participantes do grupo, foi aplicado ainda um questionário diretivo para avaliar a intervenção. Na fase 3, repetiu-se o uso das escalas e da entrevista breve. O uso de metodologia mista – quantitativa e qualitativa – contribuiu para a complementaridade entre os resultados, que revelaram: (a) na fase 1 todos os pacientes apresentavam prejuízos na qualidade de vida e elevado nível de *distress*, necessitando de intervenção. Porém, não havia necessidade de promover o uso de estratégias de enfrentamento segundo a EMEP; (b) na fase 2, imediatamente após a intervenção, os participantes do grupo mostraram significativo aumento no uso de estratégias focalizadas no problema ( $p<0,01$  e  $p<0,05$ ) e busca de suporte social ( $p<0,05$ ), assim como redução nos níveis de ansiedade e depressão e melhoria significativa na qualidade de vida geral ( $p<0,01$ ) – havendo benefícios significativos ( $p<0,01$  e  $p<0,05$ ) nos domínios “psicológico” e meio ambiente”. O mesmo não ocorreu nos escores do sujeito controle; (c) na fase 3 estes resultados se mantiveram. O uso de estratégias de enfrentamento correlacionou-se ( $p<0,05$ ) positivamente com QV geral, e negativamente com depressão. Os resultados indicaram que a intervenção “Aprendendo a Enfrentar” foi eficaz para melhorar o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas, reduzir o nível de *distress* e melhorar a qualidade de vida dos participantes.

**Palavras-chave:** psico-oncologia, psicoeducação, eficácia terapêutica, enfrentamento, *distress*, qualidade de vida

## ABSTRACT

The use of psychosocial interventions that proved to be beneficial to oncological patients presents a considerable challenge to psychologists and other oncology professionals. It is necessary to offer these patients conditions to cope with the disease and its treatments as effectively as possible. Once diagnosed with cancer and made aware of its treatments, patients may show coping reactions that do not favor their adaptation. A psychoeducational group intervention called “Aprendendo a Enfrentar” (Learning to Cope) has been developed with the aim of promoting adaptive coping skills that will help them adjust to the diagnosis as well as to initiate the chemotherapy treatment. Hence, the aim of the following research is the establishment and assessment of the therapeutic efficacy of such intervention. The study was based on a sample of four women, with an average age of 53, all beginning chemotherapy treatment at the Oncology Department of the University Hospital of Brasilia (HUB), regardless of the type of cancer. Three patients joined the intervention group while the other one remained as control. In stage 1, the patients were assessed in order to establish the baseline. In stage 2, the intervention was developed and the patient were reassessed. In stage 3, they were once again assessed, this time 3 months later. The intervention took place in six weekly meetings, two hours each, having behavioral analysis as the main theoretical and methodological reference. The intervention made use of health education techniques to promote self-awareness and self-control among patients and to perform strategic training in coping, relaxing, communication skills and problem solving. In the baseline, patients were assessed through a semi-structured interview and the application of the following instruments: Mechanisms of Coping Scale (MOCS), the WHO quality of life assessment instrument and the Psychological Screening Tool for Cancer Patients (PSCAN). In stage 2, there was a short interview and the same instruments were used. A questionnaire was applied in order to assess the intervention. In stage 3, the scales and the short interview were once again used. The use of a mixed methodology – quantitative and qualitative – generated a wide base of results, which showed that: (a) in stage 1, all the patients presented damages to their quality of life and a high level of distress, pointing out to the need of an intervention. However, according to the EMEP, did not have necessity to promote the use of confrontation strategies; (b) in stage 2, immediately after the intervention, the group participants present better results in the assessment than the control subject, which are: significant increase in the use of strategies focused on the problem ( $p < 0,01$  and  $p < 0,05$ ) and search for social assistance ( $p < 0,05$ ), decrease in the anxiety and depression levels and, furthermore, significant improvement of their general quality of life ( $p < 0,01$ ), mainly regarding the “psychological” and “environmental” aspects ( $p < 0,01$  and  $p < 0,05$ ); (c) in stage 3, these results were kept. The use of coping strategies had a positive correlation with the general quality of life and a negative correlation with depression. The results indicated that the “Aprendendo a Enfrentar” intervention showed efficacy in improving the use of adaptive coping strategies as well as reducing the distress level of the patients and improving their quality of life.

**Key-words:** psycho-oncology, psychoeducational group, coping, distress, quality of life.



## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS</b>	<b>xi</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>xii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ENFRENTAMENTO, <i>DISTRESS</i> E QUALIDADE DE VIDA: BASES CONCEITUAIS E PESQUISAS EM PSICO-ONCOLOGIA</b>	<b>8</b>
1.1 - Enfrentamento	<b>8</b>
1.1.1 - Estratégias de enfrentamento utilizadas em oncologia	<b>15</b>
1.2 - <i>Distress</i>	<b>18</b>
1.3 - Qualidade de Vida	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PSICO-ONCOLOGIA</b>	<b>31</b>
2.1 - Aspectos psicossociais do paciente oncológico	<b>31</b>
2.1.1 - Aspectos específicos associados à quimioterapia	<b>32</b>
2.2 - Intervenções psicossociais no campo da Oncologia	<b>37</b>
2.3 - Intervenções psicoeducacionais: caracterização de uma “ferramenta” em Psico-Oncologia	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 3 – QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DA PESQUISA</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO 4 – MÉTODO</b>	<b>53</b>
4.1 - Participantes	<b>53</b>
4.2 - Local	<b>59</b>
4.3 - Instrumentos	<b>61</b>
4.3.1- Escala de Modos de Enfrentamento - EMEP	<b>61</b>
4.3.2 - Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL- <i>bref</i> )	<b>62</b>
4.3.3 - <i>Psychological Screening Tool for Cancer Patients</i> (PSCAN)	<b>63</b>
4.3.4 - Roteiro para entrevista semi-estruturada	<b>66</b>
4.3.5 - Questionário diretivo	<b>66</b>
4.4 - Procedimentos para Coleta de Dados	<b>66</b>
4.4.1 - Avaliação e aplicação do programa de intervenção “Aprendendo a Enfrentar”	<b>67</b>
4.5 - Procedimentos para Análise dos Dados	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS</b>	<b>74</b>

5.1 - Estratégias de Enfrentamento	74
5.2 - Qualidade de Vida	82
5.3 - <i>Distress</i>	91
5.4 - Suporte social no PSCAN	95
5.5 - Intercorrelações entre as variáveis estudadas	95
5.6 - Avaliação da intervenção através do questionário diretivo	96
5.7 - Análise dos relatos nas entrevistas	98
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO</b>	<b>123</b>
6.1 - Avaliação de eficácia terapêutica da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar”	123
6.2 - Avaliação da intervenção pelas participantes	134
6.3 - Aspectos psicossociais do câncer e seus tratamentos	136
6.4 - Contribuições, desafios e limitações da pesquisa	137
<b>CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>144</b>
<b>ANEXOS</b>	
1 - Escala de Modos de Enfrentamento - EMEP	161
2 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS WHOQOL-bref	166
3 - <i>Psychological Screening Tool for cancer patients</i> (PSCAN)	171
4 - Roteiro de entrevista semi-estruturada	175
5 - Questionário Diretivo	177
6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	180
7 - Cronograma da Intervenção Psicoeducacional em Grupo	182
8 - Diário de Campo	190
9 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	192
10 - Tabulação do questionário diretivo	195
11 - Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a Partir das Entrevistas - FASE 1	198
12 - Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a Partir das Entrevistas - FASE 2	204
13 - Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a Partir das Entrevistas - FASE 3	210

### Lista de Quadros e Tabelas

<u>Quadros</u>	
<b>Quadro 1.</b> Dados sócio-demográficos das participantes.	<b>57</b>
<b>Quadro 2.</b> Descrição sucinta das técnicas utilizadas ao longo dos encontros.	<b>71</b>
<u>Tabelas</u>	
<b>Tabela 1.</b> Distribuição do número de pacientes por sítio de neoplasia.	<b>60</b>
<b>Tabela 2.</b> Escores-padrão para o estressor problema de saúde na EMEP.	<b>74</b>
<b>Tabela 3.</b> Escores indicativos de necessidade de intervenção na EMEP.	<b>74</b>
<b>Tabela 4.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para estratégias focalizadas no problema, por participante, nas três fases.	<b>76</b>
<b>Tabela 5.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para estratégias focalizadas na emoção, por participante, nas três fases.	<b>78</b>
<b>Tabela 6.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para busca de suporte social, por participante, nas três fases.	<b>80</b>
<b>Tabela 7.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso, por participante, nas três fases.	<b>81</b>
<b>Tabela 8.</b> Escores-padrão do WHOQOL- <i>brief</i> para doentes crônicos.	<b>82</b>
<b>Tabela 9.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para domínio físico, por participante, nas três fases.	<b>83</b>
<b>Tabela 10.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para domínio psicológico, por participante, nas três fases.	<b>85</b>
<b>Tabela 11.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para domínio relações sociais, por participante, nas três fases.	<b>87</b>
<b>Tabela 12.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para domínio meio ambiente, por participante, nas três fases.	<b>89</b>
<b>Tabela 13.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para qualidade de vida geral, por participante, nas três fases.	<b>90</b>
<b>Tabela 14.</b> Escores-padrão para a avaliação clínica no PSCAN.	<b>91</b>
<b>Tabela 15.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para ansiedade, por participante, nas três fases.	<b>92</b>
<b>Tabela 16.</b> Valores do <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> para depressão, por participante, nas três fases.	<b>94</b>
<b>Tabela 17.</b> Suporte social disponível (0-5).	<b>95</b>
<b>Tabela 18.</b> Suporte social desejado (0-10).	<b>95</b>
<b>Tabela 19.</b> Intercorrelações entre as variáveis estudadas para avaliar a eficácia da intervenção.	<b>96</b>
<b>Tabela 20.</b> Avaliação dos temas pelas participantes.	<b>97</b>

## Lista de Figuras

<u>Figuras</u>	<u>Pág</u>
<b>Figura 1.</b> Escores por participantes para estratégias focalizadas no problema.	75
<b>Figura 2.</b> Estratégias focalizadas no problema - comparação entre participantes.	76
<b>Figura 3.</b> Escores por participantes para estratégias focalizadas na emoção.	77
<b>Figura 4.</b> Estratégias focalizadas na emoção - comparação entre participantes.	78
<b>Figura 5.</b> Escores por participantes para a estratégia busca de suporte social.	79
<b>Figura 6.</b> Estratégia busca de suporte social - comparação entre participantes.	80
<b>Figura 7.</b> Escores por participantes para a estratégia busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso.	81
<b>Figura 8.</b> Estratégia busca de suporte social busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso - comparação entre participantes.	82
<b>Figura 9.</b> Escores por participante para o domínio físico no WHOQOL- <i>bref</i> .	83
<b>Figura 10.</b> Domínio físico - comparação entre participantes.	84
<b>Figura 11.</b> Escores por participantes para o domínio psicológico no WHOQOL- <i>bref</i> .	85
<b>Figura 12.</b> Domínio psicológico - comparação entre participantes.	86
<b>Figura 13.</b> Escores por participantes para o domínio relações sociais no WHOQOL- <i>bref</i> .	86
<b>Figura 14.</b> Domínio relações sociais - comparação entre participantes.	88
<b>Figura 15.</b> Escores por participantes para o domínio meio ambiente no WHOQOL- <i>bref</i> .	88
<b>Figura 16.</b> Domínio meio ambiente - comparação entre participantes.	89
<b>Figura 17.</b> Escores por participantes para qualidade de vida geral no WHOQOL- <i>bref</i> .	90
<b>Figura 18.</b> Qualidade vida geral - comparação da entre participantes.	91
<b>Figura 19.</b> Escores por participantes para ansiedade no PSCAN.	92
<b>Figura 20.</b> Ansiedade: comparação entre participantes.	93
<b>Figura 21.</b> Escores por participantes para depressão no PSCAN.	93
<b>Figura 22.</b> Depressão - comparação entre participantes.	94
<b>Figura 23.</b> Perfil de enfrentamento de S1.	111
<b>Figura 24.</b> Perfil de enfrentamento de S2.	115
<b>Figura 25.</b> Perfil de enfrentamento de S3.	116
<b>Figura 26.</b> Perfil de enfrentamento de S4-C.	118

## Introdução

O diagnóstico de câncer força muitos pacientes a reestruturarem suas expectativas e a vida diária. Como resultado da doença e de seus tratamentos podem ocorrer mudanças físicas, os relacionamentos interpessoais são afetados, assim como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Pollin & Kanaan, 1995; Ridder e Schreurs, 2001; Todd, Roberts & Black, 2002). Estes pacientes passam a experimentar o medo da dor, da mutilação corporal, do futuro, da morte. O equilíbrio psicológico do paciente passa a ser ameaçado não apenas pelo medo da morte, mas também pelo medo de viver com as mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos a ela relacionados (Holland, 1998; Ridder e Schreurs, 2001; Todd & cols., 2002).

A maioria dos pacientes se adaptará gradualmente a esta situação de crise, enquanto outros falharão nesta tarefa. Estes últimos apresentarão inúmeros problemas psicológicos e sociais, que a equipe de saúde pode ter acesso apenas quando ocorrer algum evento crítico observável (Holland, 1998). Se o paciente tiver habilidades para lidar com as tarefas impostas pelo adoecimento, poderá alcançar um ajustamento psicológico com bem-estar e qualidade de vida, conseguindo uma adaptação saudável ao contexto de doença. Caso contrário, seja a curto ou longo prazo, poderão ocorrer respostas desadaptativas, levando à deterioração do ajustamento psicológico, bem-estar e/ou qualidade de vida (Ogden, 1996).

Diversas formas de intervenção vêm, comprovadamente, mostrando resultados positivos para promover o uso de habilidades adaptativas nos pacientes oncológicos e se estabelecendo como importantes ferramentas de trabalho para o psicólogo que atua em Oncologia. Pode-se afirmar que o acompanhamento psicológico ao paciente e a seus familiares, em todas as etapas do tratamento, constitui um elemento indispensável à assistência prestada (Costa Jr. 2001; Holland, 1998; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Rehse & Pukrop, 2003; Tope, Ahles, & Silberfar, 1993).

Foi com o intuito de aprimorar a assistência psicológica oferecida no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) que a autora desenvolveu a presente pesquisa, na qual procura reunir o conhecimento científico e sua experiência prática no campo da Saúde.

A pesquisadora iniciou seu percurso no campo da saúde participando de cursos de formação e especialização em psicologia hospitalar, e fazendo estágio no HUB ao longo da especialização. Posteriormente, trabalhou cinco anos com pacientes renais crônicos em

hemodiálise, com os quais passou a utilizar intervenções psicoeducacionais para facilitar a adesão e a adaptação ao tratamento. Após aprovação em concurso, passou a ser membro efetivo da equipe de psicologia do HUB, ficando responsável por pacientes internados na Clínica Cirúrgica e na Maternidade. Continuou utilizando intervenções psicoeducacionais como ferramenta de trabalho, empregada no preparo para a cirurgia dos pacientes da Clínica Cirúrgica e para minimizar o *distress* das gestantes de alto risco. Foi atuando na Clínica Cirúrgica e na Maternidade que iniciou seu contato com pacientes oncológicos internados, colocando em prática um antigo interesse pela Psico-Oncologia, antes exercitado apenas através de leituras e participação em congressos da área. Em 2005, foi convidada pelo HUB para se especializar em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), passando a trabalhar exclusivamente com pacientes oncológicos. Ao final da especialização, retornou ao HUB para assumir o Serviço de Psicologia Oncológica, pelo qual é responsável atualmente. É neste serviço que a presente pesquisa foi desenvolvida.

Ao longo dos quatro anos de trabalho exclusivo com pacientes oncológicos, a pesquisadora manteve o interesse pelo desenvolvimento de uma intervenção psicoeducacional que fosse eficaz para essa clientela. Iniciou com a implantação de um grupo mensal e multidisciplinar para pacientes com câncer de mama. Pretendendo avaliar cientificamente os resultados de intervenções psicoeducacionais com os pacientes oncológicos, ingressou para o mestrado e desenvolveu o presente estudo.

Esta pesquisa procura avaliar os efeitos de uma intervenção psicoeducacional em pacientes oncológicos iniciando o primeiro tratamento quimioterápico. Trata-se de uma pesquisa explicativa, prospectiva, com delineamento quase experimental, para verificar a eficácia terapêutica de uma intervenção psicoeducacional que objetiva promover o uso de habilidades de enfrentamento para facilitar o manejo do contexto de doença e tratamento, minimizar o *distress* e favorecer uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Seu percurso foi dividido em três passos diferentes: (1) elaborar a intervenção com base na literatura e na experiência profissional da pesquisadora; (2) intervir junto ao grupo de pacientes iniciando a quimioterapia; (3) avaliar a eficácia da intervenção após sua aplicação. Os conceitos de enfrentamento, *distress* e qualidade de vida estiveram presentes para nortear as atividades realizadas. A seleção dos conteúdos para elaborar a intervenção, bem como a escolha sobre quais variáveis avaliar, foram influenciadas pela experiência da pesquisadora. O fato de trabalhar no local onde a amostra foi selecionada, permitiu à pesquisadora o conhecimento prévio das necessidades da clientela do Serviço de Oncologia do HUB.

A avaliação da intervenção foi realizada em três fases diferentes, por meio de entrevistas e escalas para avaliar habilidades de enfrentamento, *distress* e qualidade de vida. A primeira foi realizada antes da intervenção, para traçar a linha de base com a qual as próximas avaliações seriam comparadas. A segunda foi realizada logo após a intervenção, para verificar as mudanças imediatas. A terceira foi realizada três meses após a intervenção, para verificar as mudanças com o passar do tempo.

Ressalta-se a importância dessa pesquisa para a área, pois no Brasil ainda é incipiente o desenvolvimento de pesquisas sobre a eficácia terapêutica de intervenções psicoeducacionais para pacientes oncológicos. Ademais, existem lacunas no conhecimento produzido a este respeito na literatura internacional – como será discutido ao longo do texto – que deixam dúvidas quanto ao benefício de se manter o investimento no uso destas intervenções.

A área da Psico-Oncologia ainda carece de estratégias de intervenção comprovadamente eficazes, assim como o campo da Psicologia em geral carece de comprovação para as suas intervenções. Percebe-se um crescente movimento na busca de avaliar a eficácia das intervenções em todas as áreas da psicologia, pois é o compromisso com as evidências a respeito do que tem sido realizado que favorecerá o refinamento deste campo do saber, possibilitando diminuir a enorme variabilidade nos tratamentos oferecidos, responsável pela possibilidade dos pacientes receberem tratamentos ineficazes quando tratamentos eficazes existem (Baptista, 1999; Dimenstein, 1998).

Este estudo também vem ao encontro das necessidades de ampliar o Serviço de Psicologia Oncológica no HUB após o início da implantação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). O Serviço de Oncologia está em fase de reestruturação para a implementação do CACON e precisará ser adaptado para receber adequadamente o aumento da demanda por atendimento. Para o Serviço de Psicologia Oncológica, a perspectiva de trabalhar com grupos de pacientes e obter evidências sobre a qualidade do serviço prestado surgem como uma possível resposta às dificuldades que o aumento na demanda por atendimento trará ao pequeno número de psicólogos na equipe. Desta forma é possível, também, favorecer a compreensão por parte dos outros membros da equipe sobre a função e importância do trabalho do psicólogo com pacientes oncológicos.

O aprimoramento profissional da pesquisadora durante este estudo poderá facilitar o futuro desenvolvimento de intervenções psicossociais em seu trabalho no HUB, pois, como

salientam Sheard e Maguire (1999), intervenções realizadas por terapeutas experientes e bem treinados são mais efetivas do que intervenções realizadas por terapeutas menos treinados.

É importante lembrar que a história da Psico-Oncologia e a atitude dos profissionais de saúde e da população em geral frente ao câncer sofreram influência da história médica da doença e dos seus tratamentos. O desenvolvimento da especialidade médica denominada Oncologia, com a descoberta de novos tratamentos e métodos diagnósticos, foi modificando a visão do câncer como sentença de morte. O aprimoramento de técnicas cirúrgicas abriu caminho para possibilidades de cura. Novas informações sobre as causas do câncer e os avanços nos métodos de tratamento começaram a modificar o panorama atual da doença, trazendo esperança de maior sobrevida e cura para um grande número de pacientes (Carvalho, 2002; Pascoe, Neal, Allgar, Selby & Wright, 2004).

Paralelo ao avanço do conhecimento científico, cresceu o saber popular a respeito do câncer, amplamente carregado pelo estigma negativo que o envolve e que persiste apesar do avanço científico e tecnológico na Oncologia. Esse estigma vem persistindo ao longo do tempo e agregando dificuldades ao já penoso processo de tratamento, colaborando para aumentar o medo e modificando as atitudes dos pacientes frente ao diagnóstico de câncer (Holland & Goen-Piels, 2000).

Doenças estigmatizantes podem fazer com que o paciente se isole emocionalmente, se afaste dos seus papéis sociais, não queira mais se relacionar com outras pessoas, desista dos seus sonhos ou, simplesmente, não se disponha a levar adiante um tratamento por não acreditar na possibilidade de cura (Barbosa, Francisco & Efken, 2007).

Ao receber o diagnóstico de câncer e ser informado que deverá se submeter a tratamentos invasivos, o paciente, dado o estigma negativo dessa doença, se depara com o medo de “morrer de câncer”, o qual se diferencia do medo de “simplesmente morrer”. Barbosa e cols. (2007) consideram que intervir nas reações comportamentais e emocionais ao “terror” causado pelo adoecimento por câncer, que se soma ao sofrimento gerado pelas vivências próprias ao contexto hospitalar, é o papel do psicólogo na Oncologia.

À medida que fatores psicológicos, comportamentais e sociais foram associados à etiologia, ao desenvolvimento do câncer e à adesão aos tratamentos, emergiu o interesse pelos aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento por câncer (Veit & Carvalho, 2008). A ampliação das possibilidades de atuação e de pesquisa sobre estes aspectos favoreceu o desenvolvimento da Psico-Oncologia, um campo ainda em aperfeiçoamento que, gradualmente, vem conquistando seu espaço na área da saúde (Pascoe & cols., 2004).



Holland (conforme citado por Veit & Carvalho, 2008), fundadora e presidente de honra da Sociedade Internacional de Psico-Oncologia, considera este campo uma subespecialidade da Oncologia que

“[...] procura estudar duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico de câncer: (1) o impacto do câncer no funcionamento social do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos em seu tratamento; (2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência do câncer” (p. 18).

No Brasil, Gimenes (1994) considerou a Psico-Oncologia uma subárea da Psicologia da Saúde. Especialidade definida pela *American Psychological Association* (APA), como um campo de contribuição científica e profissional específica da disciplina Psicologia, que tem como objetivo auxiliar na promoção e manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças (Matarazzo, 1980). Esta interface entre Psicologia da Saúde e Oncologia, segundo a autora, aplica seus conhecimentos: (a) na assistência ao paciente, sua família e aos profissionais de saúde; (b) na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para compreender a incidência do câncer, sua recuperação e o tempo de sobrevivência; (c) na organização de serviços oncológicos que atendam integralmente o paciente, enfatizando a formação e o aprimoramento dos profissionais de saúde envolvidos nas diferentes fases do tratamento.

Com esses objetivos, pesquisadores buscam identificar as variáveis psicossociais e os contextos ambientais que interferem: na resposta psicológica e na adaptação do paciente ao câncer e seus tratamentos; na comunicação paciente-família-equipe; no impacto da doença sobre familiares e cuidadores; na detecção e na sobrevivência ao câncer; nos aspectos da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. A compreensão destas variáveis pode possibilitar o aperfeiçoamento de modelos para investigação e intervenção, sobre o processo de enfrentamento da doença, como também o desenvolvimento de ferramentas que facilitem a avaliação do impacto das diferentes intervenções farmacológicas e psicológicas (Almanza-Muñoz, Romero-Romo & Holland, 2000; Costa Jr., 2001; Pascoe & cols., 2004).

O progressivo avanço nos métodos de intervenção em Psico-Oncologia os tornou indispensáveis para melhorar a qualidade de vida do paciente com câncer e facilitar o processo de enfrentamento de eventos estressantes e/ou aversivos relacionados a este

(Andersen, 2002; Costa Jr., 2001; National Comprehensive Cancer Network , 2008; Tope & cols., 1993).

A intervenção psicológica individual ou em grupo, seja ela de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterápica, tem, segundo Carvalho (2002): (a) facilitado a transmissão do diagnóstico e a adaptação do paciente à doença; (b) colaborado para a aceitação dos tratamentos e o alívio dos seus efeitos colaterais; (c) favorecido a obtenção de uma melhor qualidade de vida; (d) auxiliado o paciente terminal a alcançar uma melhor qualidade de morte e do morrer. Sendo assim, o acompanhamento do paciente oncológico e de seus familiares, em todas as etapas do tratamento, se consolida como elemento essencial à assistência prestada (Costa Jr., 2001).

Por ser uma área relativamente recente, os fatores psicossociais associados ao câncer e seus tratamentos ainda não foram suficientemente compreendidos. É premente a necessidade de desenvolver estudos sistemáticos e bem delineados sobre tópicos como: adaptação comportamental e ajuste emocional do paciente ao tratamento; estratégias de enfrentamento em contextos estressantes; indicadores de qualidade de vida; efeitos psicossociais do tratamento do câncer em longo prazo; modalidades de intervenção psicológica junto ao paciente e seus familiares (Costa Jr., 2001).

As intervenções em Psico-Oncologia, segundo Costa Jr. (2001), devem utilizar modelos educacionais que priorizem a promoção de condições de aprendizagem sócio-comportamental e cognitiva para o paciente. Cabe ao psicólogo demonstrar que os repertórios de comportamentos adquiridos no contexto do tratamento podem ser generalizados para outras situações de risco, mesmo para aquelas que não fazem parte deste contexto.

Os profissionais que trabalham em Psico-Oncologia devem incentivar e viabilizar o uso de atividades interdisciplinares desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica (Costa Jr., 2001; Gimenes, 1994). É fundamental para o avanço neste campo que profissionais de diferentes disciplinas possam contribuir para ampliar o conhecimento e favorecer novas modalidades de intervenção.

A presente pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de ampliar o conhecimento científico e profissional sobre intervenções psicoeducacionais em grupo para pacientes oncológicos. Para tal, escolheu-se elaborar um programa de intervenção psicoeducacional em grupo para pacientes oncológicos iniciando tratamento quimioterápico, e avaliar sua eficácia para promover estratégias de enfrentamento adaptativas, minimizar o *distress* causado pela doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes

Desta forma, a dissertação foi organizada em seis capítulos. O **Capítulo 1** trará os conceitos que guiaram o estudo - enfrentamento, *distress* e qualidade de vida - buscando descrever como são articulados ao conhecimento desenvolvido em Psico-Oncologia. O **Capítulo 2** descreverá aspectos psicossociais dos pacientes oncológicos, as reações dos pacientes ao tratamento, intervenções psicossociais utilizadas e, ao final, apresentará orientações e estudos sobre a ferramenta de intervenção utilizada nesta pesquisa – grupo psicoeducacional. No **Capítulo 3** estarão as questões norteadoras e os objetivos do estudo. No **Capítulo 4**, o método utilizado na pesquisa será descrito, com apresentação da amostra, do percurso percorrido para a avaliação da intervenção e dos instrumentos utilizados. Os resultados e a discussão seguirão descritos nos **Capítulos 5 e 6**, respectivamente. Ao final, serão apresentadas as **Considerações Finais** sobre a pesquisa realizada.

## Capítulo 1

### Enfrentamento, *Distress* e Qualidade de Vida: Bases Conceituais e Pesquisas em Psico-Oncologia

Para facilitar a compreensão da intervenção e do estudo realizado, serão apresentados a seguir os conceitos que nortearam o processo de elaboração, implantação e avaliação da intervenção psicoeducacional proposta.

#### 1.1 – Enfrentamento

Ao longo da vida, as pessoas se deparam com diversas situações que, em menor ou maior grau, podem gerar reações de estresse, causando dificuldades com as quais os indivíduos terão de lidar para se ajustarem. Na psicologia, este “lidar com”, a fim de se ajustar, se relaciona ao conceito de *coping*, ou, como é conhecido em língua portuguesa, enfrentamento. Vale destacar que ao traduzir *coping* como enfrentamento existem dificuldades conceituais por não existir uma completa correspondência entre os dois termos (Gimenes, 1998). Fernando e Pérez-Ramos (conforme citado por Peçanha, 2008) consideram que o termo *coping* seria mais bem traduzido como “lidar com”, já que *coping* nem sempre tem sentido ativo e de luta, como sugere o termo em português. A tradução, com este sentido excluiria do conjunto de possíveis estratégias de enfrentamento, os comportamentos de fuga e esquiva que o indivíduo pode lançar mão. Como ainda não foi estabelecido um termo para substituir a palavra enfrentamento, que tem vasto uso na literatura especializada no Brasil, esta será mantida ao longo do trabalho.

O conceito de enfrentamento sofreu variações ao longo da história em função do referencial teórico e/ou metodológico adotado pelos autores que o estudam, havendo ainda pequena coerência teórica e de pesquisa (Cerqueira, 2000). Apesar da variedade de definições e das diversas maneiras para mensurar enfrentamento, se sobressaem três concepções: (1) como um traço/estilo de personalidade (disposicional); (2) como resposta contextual às exigências ambientais (situacional); (3) como processo interativo entre indivíduo e ambiente (transacional) (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

A concepção de enfrentamento como traço/ estilo de personalidade vincula-se ao referencial teórico da psicologia do ego. Nesta, o enfrentamento é concebido como estável e hierarquizado, indo do mais saudável ao patológico, ou, como preferem alguns autores, do mais sofisticado e adaptativo ao mais imaturo (Antoniazzi & cols., 1998). O processo de

enfrentamento é avaliado como bem sucedido a partir de suas propriedades, verificadas pelo grau de flexibilidade, pela adequação da estratégia utilizada à realidade e pela qualidade do futuro físico e psicológico do indivíduo (Cerqueira, 2000).

Nesta perspectiva, assume-se, então, a existência de uma disposição para reagir de determinada maneira aos eventos estressantes. Diante do diagnóstico de câncer, os indivíduos deveriam apresentar as mesmas formas habituais de reagir, utilizadas no decorrer de sua vida, ao se depararem com outros estímulos estressores (Peçanha, 2008).

Outros autores, vinculados à pesquisa experimental, concebem enfrentamento como resposta contextual às exigências ambientais, tendo o papel de diminuir a excitação diante de um evento crítico. O modelo de enfrentamento animal define enfrentamento como atos (inatos ou adquiridos) ou comportamentos que controlam as condições aversivas do ambiente (Cerqueira, 2000; Gaviria & cols., 2007; Seidl, 2001). Segundo Lazarus e Folkman, se referindo ao estudo realizado por Miller (conforme citado por Cerqueira, 2000), o enfrentamento seria composto por respostas, aprendidas ou não, adequadas para conseguir o resultado de diminuir ou neutralizar a excitação em face de uma condição aversiva.

De acordo com a perspectiva da psicologia animal, o enfrentamento bem sucedido seria o domínio da situação aversiva ou a diminuição da ativação fisiológica desencadeada, utilizando, por exemplo, fuga ou esquiva (Cerqueira, 2000). Ao enfrentar o diagnóstico de câncer e seus tratamentos, o indivíduo procuraria lidar com as situações aversivas – e enfrentamento seria o conjunto de estratégias utilizadas para eliminar ou reduzir o impacto do diagnóstico e dos tratamentos – e assim diminuir a ativação fisiológica desencadeada.

Lazarus e Folkman (conforme citados por Cerqueira, 2000), consideram esta concepção simplista por não contemplar a riqueza e complexidade cognitivo-emocional do funcionamento humano. Estes autores alegam que as concepções da psicologia do ego e da psicologia animal sobre enfrentamento são marcadas pela confusão entre as estratégias utilizadas e seus resultados, sendo um tomado pelo outro. Também chamam a atenção para o fato do enfrentamento não poder ser equiparado apenas com controle do meio, já que algumas fontes de estresse não podem ser manejadas, sendo possível apenas que o indivíduo as minimize, evite, tolere ou aceite (Lazarus & Folkman, 1984).

Buscando uma concepção mais ampla de enfrentamento, Lazarus e Folkman (1984) propuseram um modelo de enfrentamento, do qual faz parte a percepção do indivíduo sobre o evento estressor e sobre sua capacidade para lidar com este, e não apenas os esforços comportamentais do paciente para conter, prevenir ou controlar tais eventos e os conteúdos

emocionais correlacionados (Cerqueira, 2000; Gaviria & cols., 2007). Nesse modelo, denominado transacional, o enfrentamento é visto como um processo complexo, um conjunto de comportamentos que mudam ao longo do tempo em função da avaliação que o indivíduo faz de contextos ambientais particulares com os quais está interagindo. Implica em uma análise mais ampla das interações entre organismo e ambiente, sendo definido, então, como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que mudam constantemente, para manejar (enfrentar) exigências internas e/ou externas específicas, que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

As duas primeiras concepções apresentadas são influenciadas pela postura mecanicista – segundo a qual os fenômenos que se manifestam nos seres vivos são mecanicamente determinados pela existência de uma força ou impulso vital, sem a qual a vida não poderia ser explicada. Suas explicações privilegiam o ambiente ou os componentes fisiológicos do estresse (Chamon, 2006).

Já no modelo transacional, a análise do enfrentamento privilegia a existência de interações e transações contínuas entre o indivíduo e seu ambiente (Chamon, 2006). Este modelo acompanha as mudanças que ocorreram na conceituação do estresse, que passou a ser descrito a partir da forma como o indivíduo enfrenta a situação e não mais pela descrição das fontes de estresse às quais o indivíduo foi exposto. Há o resgate da preocupação com a funcionalidade dos comportamentos apresentados pelos indivíduos frente às situações estressoras e ênfase nas mudanças frequentes dos comportamentos para lidar com as demandas específicas das situações (Cerqueira, 2000; Costa Jr, 2003; Gaviria & cols., 2007).

Para Antoniazzi e cols. (1998), no modelo transacional os comportamentos de enfrentamento e seus determinantes cognitivos e situacionais são considerados mediadores entre o organismo e o ambiente, em um processo dinâmico e multidimensional. O que torna uma situação estressante não é o evento em si, mas a forma como o indivíduo avalia a situação e seus recursos para lidar com ela. Sendo assim, tanto o processo quanto os traços de personalidade podem ser considerados como parte dos determinantes que mediam a avaliação do estressor (Antoniazzi & cols., 1998; Faria & Seidl, 2005; Seidl, 2001).

O impacto que o estímulo estressor provoca pode mudar de acordo com: as fases do desenvolvimento; as características de personalidade mais importantes e salientes no indivíduo; os modelos de comprometimento e crenças que o indivíduo possui sobre si mesmo e o mundo; as estratégias de enfrentamento requeridas para lidar com a situação aversiva (Lazarus & DeLongis, 1983).

Podem ser identificadas no modelo transacional quatro características principais: (1) a preocupação com o que o indivíduo realmente pensa ou faz e não com o que faz usualmente, poderia fazer ou fará; (2) o contextualismo, ou seja, a avaliação que a pessoa faz em relação ao contexto específico – e, quanto mais exata a sua descrição, mais fácil e precisa será a associação de um determinado comportamento e pensamento de enfrentamento com a demanda da situação; (3) as estratégias de enfrentamento que se modificam ao longo do desenvolvimento com a interação entre indivíduo e ambiente; (4) as mudanças de estratégias que ocorrem de uma situação para outra, em função de modificações no contexto ou nas avaliações cognitivo-afetivas que o indivíduo faz deste (Cerqueira, 2000; Gimenes, 1997).

Portanto, o enfrentamento pode apenas ser avaliado no contexto específico da situação, já que os indivíduos modificam suas respostas em função do problema com os quais se confrontam (Billings & Moos, conforme citados por Chamon, 2006). Gimenes (1998) salienta que enfrentamento é um conjunto de esforços, sucessivos e contínuos, para lidar com as situações estressantes presentes em cada etapa da doença e delineados a partir das particularidades de cada contexto que exige adaptação.

Cohen e Lazarus (conforme citados por Gimenes, 1997) sugeriram que o enfrentamento possui cinco funções principais para o indivíduo, e que estas poderiam ser compreendidas como objetivos gerais de um processo de enfrentamento. São elas: (1) reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação; (2) tolerar ou adaptar-se a eventos ou a realidades negativas; (3) manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade; (4) manter o equilíbrio emocional; (5) dar continuidade a relacionamentos.

Gimenes (1997) propõe que estas funções podem ser reduzidas a duas funções centrais: (1) alterar a situação estressora, quando é possível resolver o problema (foco no problema), e/ou avaliar a situação estressora de forma a torná-la menos assustadora e; (2) permitir um controle emocional mais adequado, regulando as emoções desencadeadas (foco na emoção).

As estratégias focalizadas no problema visam manejar ou modificar o problema ou situação estressante/aversiva e/ou melhorar o relacionamento com o meio para controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. São estratégias geralmente ativas de aproximação em relação ao estímulo estressor, quando este é avaliado como passível de mudança, e podem ser dirigidas à definição do problema, ao levantamento e avaliação de soluções, à escolha de

alternativas e à ação (Cerqueira, 2000; Llull, Zamier & García, 2003; Lorencetti & Simonetti, 2005; Rydén, Karlsson, Sullivan, Torgerson & Taft, 2003; Seidl, 2001).

Já as estratégias focalizadas na emoção representam atitudes de afastamento ou paliativas em relação ao estímulo estressor, como processos defensivos (ex: negação ou esquiva), com a finalidade de substituir ou regular o impacto emocional gerado. Ocorrem mais freqüentemente quando o estressor é percebido como imutável, a fim de evitar que o indivíduo confronte conscientemente a ameaça real e presente (Cerqueira, 2000; Llull, Zamier & García, 2003; Lorencetti & Simonetti, 2005; Rydén & cols., 2003; Seidl, 2001).

A maioria dos pesquisadores concorda que estratégias focalizadas no problema e na emoção deveriam, juntas, fazer parte do repertório do indivíduo, pois aumentariam sua possibilidade de responder às demandas da situação estressora. Evidências empíricas sugerem que as estratégias focalizadas nos problemas são mais indicadas para situações que podem ser controladas, enquanto as focalizadas na emoção e as de evitação são mais efetivas para lidar com situações que não podem ser controladas (Ridder & Schreurs, 2001).

Cabe lembrar que é raro um indivíduo utilizar apenas um tipo de enfrentamento, a maioria faz uso de múltiplas estratégias focalizadas no problema e na emoção. Caso haja um padrão mais estável de reagir e ênfase em um desses focos, esta é apenas moderada através das situações estressoras, que também pode estar relacionada ao tipo do estressor presente (Lazarus & DeLongis, 1983).

Lazarus e Folkman (1984) propõem três formas diferentes pelas quais as estratégias de enfrentamento podem afetar a saúde física:

(1) modificando a freqüência, intensidade e duração das reações fisiológicas e neuroquímicas associadas ao estresse quando:

- o indivíduo não consegue prevenir nem melhorar a situação estressora, pela falta ou inadequação das estratégias focalizadas no problema;

- o indivíduo está diante de eventos incontroláveis e não consegue manejar os sentimentos de mal-estar, por deficiência de estratégias focalizadas na emoção;

- o indivíduo tem um estilo de vida ou de enfrentamento considerado de risco.

(2) afetando direta e negativamente a saúde, como no uso de álcool, fumo e drogas;

(3) utilizando estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção que impeçam comportamentos adaptativos (como utilizar negação ou esquiva, não percebendo seus sintomas ou demorando a buscar ajuda).



Segundo Gimenes (1997), espera-se que o uso de estratégias de enfrentamento apropriadas promova adaptação psicossocial e um nível satisfatório de qualidade de vida. Neste modelo não existe estratégia melhor ou pior por si mesma, sendo necessário, que sua funcionalidade seja avaliada de acordo com o contexto da pessoa e de sua doença.

Font (1994) também enfatiza o papel das estratégias de enfrentamento na adaptação do paciente a uma doença crônica e seus tratamentos, confirmando que a maneira como o paciente lida com os estressores interfere em sua adaptação aos problemas e na manutenção da qualidade de vida.

Apesar das divergências e da grande variabilidade nas estratégias de enfrentamento utilizadas, Cohen e Lazarus (conforme citados por Peçanha, 2008) apresentam a seguinte classificação: (1) busca de informação (obter subsídios relevantes para resolver o problema ou regular a emoção); (2) ação direta (resolver o problema); (3) inibição da ação (conter ações consideradas perigosas pelo próprio indivíduo); (4) esforços intrapsíquicos (negar ou se esquivar do problema para regular as emoções diante da ameaça); (5) busca do outro (utilizar o apoio social, reconhecendo sua importância para a resolução do problema).

Lazarus e Folkman (conforme citado por Cerqueira, 2000), para avaliar o perfil de enfrentamento dos indivíduos, construíram o instrumento *The ways of coping check list*. Essa escala contém 67 itens e foi validada com oito fatores: confronto, distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, planificação de soluções e reavaliação positiva.

Vitalino, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985) revisaram este instrumento e o reduziram a uma escala com 57 itens distribuídos em oito fatores: focalização no problema, pensamento fantasioso/desiderativo, busca de suporte social, esquiva, autculpa, culpabilização de outros, religiosidade e pensamento positivo. No Brasil, Gimenes e Queiroz (1997) adaptaram este instrumento para o português, e passaram a chamá-lo de Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) validaram a EMEP reduzindo a escala para 45 itens distribuídos em quatro fatores: focalização no problema, focalização na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. A EMEP foi o instrumento escolhido para avaliar as estratégias de enfrentamento adotadas pelas participantes desta pesquisa.

Para atenuar os efeitos danosos do estresse na qualidade de vida do indivíduo, e, possivelmente, no curso da doença, intervenções psicoterapêuticas têm sido direcionadas para a promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas. Evidências empíricas sugerem que

essas estratégias podem ser melhoradas com o uso de intervenções psicossociais (Holland, 1998).

Porém, avaliar a eficácia das intervenções psicossociais sobre as estratégias de enfrentamento não é uma tarefa fácil, principalmente porque as reações de cada indivíduo ocorrem em função do contexto particular no qual está inserido. Em geral, os estudos sugerem que as estratégias de aproximação ou ativas produzem melhor adaptação psicossocial, do que as estratégias de esquiva, ou passivas, sendo estas associadas com resultados mais pobres para adaptação psicossocial (Livneh, 2000).

A avaliação da eficácia precisa estar atenta às particularidades de cada fase da doença e etapas de tratamento, como também às características das situações vivenciadas por cada paciente. Autores argumentam que nem sempre estratégias de aproximação (ou centradas no problema) são melhores que as de esquiva (ou centradas na emoção), já que estas últimas podem ser utilizadas para que o indivíduo se ajuste a situações que não podem ser resolvidas de imediato (Peçanha, 2008).

As estratégias seriam então consideradas efetivas quando amenizassem os sentimentos desconfortáveis associados a ameaças ou perdas. Em contrapartida, seriam disfuncionais quando pouco efetivas ou insuficientes para garantir o bem-estar emocional e a qualidade de vida da pessoa, ou quando comprometessem o seu equilíbrio psiconeuroendocrinológico. Lembrando que é importante contextualizar a situação e a avaliação das intervenções, o que pode ser facilitado pelo uso de métodos mistos (qualitativo e quantitativo) de pesquisas (Peçanha, 2008).

A adaptação ou ajuste psicossocial do paciente ao câncer pode, então, ser definida como um processo ininterrupto, no qual cada paciente procura manejar seu sofrimento emocional, solucionar problemas específicos relacionados ao câncer e obter domínio ou controle sobre os acontecimentos relacionados à doença. É uma série de constantes respostas para superar as múltiplas tarefas que a doença impõe à sua vida. A adaptação normal ou eficiente ocorre quando os pacientes podem reduzir ao mínimo os transtornos no funcionamento da sua vida, regular o sofrimento emocional e continuar participando ativamente das atividades que julga importante. Isso se relaciona com pensamentos e comportamentos específicos que o paciente utiliza em seus esforços para se adaptar (Faria & Seidl, 2005; Lara, 2006; Landeiro, 2001; Nacional Cancer Institute, 2008; Ridder & Schreurs, 2001; Sharpe & Curran, 2006; Stanton, Revenson & Tennen, 2007).

Em geral, as pessoas que alcançaram uma boa adaptação ao contexto de doença e tratamento permanecem comprometidas e ativamente engajadas no processo de enfrentamento do câncer e continuam encontrando significado e importância em suas vidas. Por outro lado, aquelas que não se ajustam bem freqüentemente se isolam, se sentem desesperadas e não aderem ao processo de enfrentamento do câncer (National Cancer Institute, 2008; Sharpe & Curran, 2006).

Estudos sugerem que intervenções psicossociais devem desenvolver nos pacientes oncológicos: (a) habilidades que facilitem o aumento das atitudes positivas e das crenças em sua própria habilidade para mudar a doença; (b) estratégias para viver diariamente com os problemas causados pelas limitações funcionais impostas pelo câncer e seus tratamentos; (c) habilidade para estabelecer e manter uma rede de suporte social que inclua família, pares e, quando possível, colegas de trabalho; (d) uma visão mais positiva, resignificando os pensamentos negativos ou o olhar pessimista e focando nas habilidades remanescentes, objetivos realistas e planos para o futuro (Livneh, 2000).

### **1.1.1. Estratégias de enfrentamento utilizadas em oncologia**

Durante o tratamento de câncer, o paciente precisa enfrentar uma grande variedade de estímulos estressores. Apesar de existirem muitas e diferentes estratégias úteis, estratégias focalizadas no problema voltadas para o manejo de problemas específicos, como os efeitos colaterais da quimioterapia e mudanças na rotina de vida, são freqüentemente utilizadas (National Cancer Institute, 2008).

Em um estudo com 28 pacientes em tratamento quimioterápico de ambos os gêneros e com diferentes tipos de câncer, Gaviria e cols. (2007) identificaram que os pacientes utilizavam freqüentemente estratégias visando evitar comportamento e emoções, não expressavam abertamente seus sentimentos e suprimiam pensamentos negativos buscando substituí-los por pensamentos positivos que ajudavam a tolerar a doença. Porém, não foi avaliada a correlação entre estas estratégias e o processo adaptativo frente à doença.

Numerosos estudos sugerem que estratégias de confrontação, resignificação do problema e adesão ao tratamento são respostas associadas a uma melhor adaptação psicológica. Ao contrário, a evitação do problema, a aceitação estóica, a redução da tensão através do consumo de fumo e álcool, a distração, o isolamento social e a culpabilização, são consideradas estratégias com menor efetividade. Apesar do uso das estratégias de negação e

distração, nas fases agudas da doença e no momento do diagnóstico, ajudar a reduzir a ansiedade, a longo prazo podem não ser tão benéficas (Lara, 2006).

A evitação do problema pode levar o paciente a conter suas emoções, experimentar culpa e diminuir sua atividade geral, afetando, assim, suas atividades domésticas, a sexualidade, as relações familiares e sociais e o estado emocional (Lara, 2006).

Na pesquisa de Lull e cols. (2003) sobre enfrentamento e qualidade de vida, os pacientes oncológicos apresentaram mais estratégias de aproximação do que de evitação, e mais focalizadas no problema do que na emoção. As estratégias “análise lógica” e de “descarga emocional” foram as menos utilizadas, enquanto a “reavaliação positiva” foi a mais utilizada. Mais mulheres do que homens utilizaram “descarga emocional” e houve diferença no uso das estratégias também de acordo com o nível educacional (pacientes com maior nível educacional pareciam dispor de maior riqueza e variedade de estratégias de enfrentamento). Os autores, relacionando os resultados com a avaliação da percepção de qualidade de vida do paciente, encontraram correlação negativa entre esta e o uso de estratégias de evitação.

O processo de adaptação psicossocial à doença é mediado pela capacidade do indivíduo para lidar com os problemas que surgem. O paciente, quando possui estratégias de enfrentamento adaptativas, aceita melhor a doença, podendo dar apoio à família, procurar apoio social e emocional e manter o autocontrole com maior facilidade. Por outro lado, quando ele possui estratégias de enfrentamento menos favoráveis, sua adaptação é prejudicada e características como ruminação, resignação, revolta, culpa e agressividade podem se tornar presentes (Landeiro, 2001).

Um estudo correlacional realizado com pacientes oncológicos adolescentes obteve resultados que indicam: (a) associação de estratégias de enfrentamento ativas, como busca de suporte social, expressão de emoções e resolução de problemas e, principalmente, reestruturação cognitiva, com menores níveis de *distress*; (b) associação de estratégias de “descomprometimento”, como evitação de problemas, pensamento desejoso, isolamento social e autocrítica, com aumento no nível de *distress* (Trask & cols., 2003).

Heim, Valach e Schaffner (1997) desenvolveram por cinco anos um estudo longitudinal com pacientes oncológicos para examinar o enfrentamento, a adaptação psicológica e a correlação entre estas duas variáveis ao longo do tempo e nos diferentes estágios da doença. Segundo os autores, as estratégias de enfrentamento mudam de acordo com as demandas no curso da doença e não com o passar do tempo, podendo ser avaliadas como boas ou ruins de acordo com a problemática em questão. No geral, classificaram como

estratégias boas a busca de suporte social e emocional, a aceitação estóica da doença e os esforços para manter o autocontrole. Classificaram como ruins a resignação, fatalismo, isolamento social, comportamento de evitação e passividade, auto-culpabilização ou culpabilização do ambiente. Identificaram, ainda, que as estratégias classificadas como ruins estavam quase sempre relacionadas a uma pior adaptação do pacientes, o que não ocorreu com as estratégias consideradas boas, pois nem sempre se correlacionavam a uma resposta adaptativa às demandas da doença, e podiam até mesmo ser avaliadas como ruins em algumas situações.

Stanton e cols. (2007) concordam que as estratégias variam de acordo com as demandas da doença. Na revisão de literatura realizada, indicaram que: (a) a minimização da ameaça pode ser útil para reduzir o *distress* nas fases críticas da doença; (b) o uso de estratégias de evitação para manejar problemas está associado a elevados níveis de *distress* e prediz dificuldades de ajustamento ao longo do tempo na maioria dos estudos, enquanto em outros parecem ser eficazes, sendo necessário avaliar sua funcionalidade de acordo com as demandas; (c) estratégias focalizadas no problema (ex: busca de informação e reestruturação cognitiva) são fortemente associadas a indicadores de bom ajustamento; (d) o uso de relaxamento e de estratégias ativas para reduzir a dor contribuem para minimizá-la e para a melhora do humor do paciente; (e) intervenções que encorajam o uso de estratégias de aproximação, tal como resolução de problemas, também se mostraram úteis para promover a adaptação; (f) o uso combinado de estratégias de evitação e baixa disponibilidade de suporte social tem sido identificado como fator de risco para *distress*.

Jim, Richardson, Golden-Kreutz e Andersen (2006) avaliaram 167 pacientes recém diagnosticadas com câncer de mama e as acompanharam por dois anos. Seus achados sugerem que: (a) mulheres que utilizaram mais frequentemente enfrentamento ativo e busca de suporte social desenvolvem maior percepção de paz interior (relacionaram este fato à restauração do senso de controle pessoal sobre o câncer e a vida em geral que estas estratégias podem proporcionar); (b) sentimentos de paz e harmonia estão relacionados ao menor uso de comportamentos de negação (considerados opostos ao enfrentamento ativo) e evitação (considerados opostos à busca de suporte); (c) maior uso de aceitação e reinterpretação positiva se relaciona a percepção de perspectiva, sentido e objetivo na vida (ao aceitar a doença o indivíduo conseguiria formular objetivos mais realistas e alcançáveis, se mantendo satisfeito consigo mesmo e com seu meio ambiente); (d) menor uso de aceitação e reinterpretação positiva, e de enfrentamento ativo e busca de suporte social, aumenta a

probabilidade de perda do significado da vida; (e) o uso de enfrentamento religioso foi associado a um elevado nível de benefícios da espiritualidade com o passar do tempo, enquanto aceitação e reinterpretação positiva não predizem esse mesmo resultado.

Autores salientam a importância da estratégia busca de suporte social, por considerarem que possui várias funções no enfrentamento de situações estressoras. Seu uso pode ajudar na resolução de problemas, na redefinição do evento estressor ou no uso de distração para lidar com este, como também pode prover formas para o paciente expressar ou aliviar suas emoções. A rede de suporte social oferece um ambiente seguro para a expressão de emoções, assim como a resolução de problemas frequentemente depende da rede de suporte social disponível. A necessidade de suporte social aumenta com o diagnóstico de câncer, e a busca de suporte social se torna uma estratégia útil para se adaptar à doença (Miller & Kaiser, 2001; Rodriguez-Marin, Pastor & Lopez-Roig, 1993). No entanto, Rodriguez-Marin e cols. (1993) salientam que a eficácia adaptativa da estratégia busca de suporte social depende da existência e disponibilidade da rede de suporte. Ainda, paradoxalmente, segundo Terol e cols. (2000), o paciente pode diminuir a busca de suporte social quando aumenta a oferta de comportamentos de cuidado na etapa inicial do tratamento.

## **1.2 – Distress**

Em 1926, Hans Selye, pesquisador pioneiro no estudo sobre estresse, utilizou a palavra “*stress*” para descrever um estado de tensão patogênico do organismo, que ele havia observado em indivíduos com diferentes patologias. Em 1936, ele descreveu a reação de estresse como uma “síndrome geral de adaptação” e, em 1974, como “resposta não específica do corpo a qualquer exigência” (Lipp & Malagris, 2001). Desde então, cresce o número de pesquisas e pesquisadores interessados por este tema.

Estresse é uma reação intensa do organismo frente a situações boas ou ruins que de alguma forma alteram a vida do indivíduo. Essas reações ocorrem, segundo Everly (conforme citado por Calais, Andrade & Lipp, 2003), quando o indivíduo se depara com situações que exijam adaptação, ou seja, frente às mudanças que ocorrem ao longo de sua vida.

Diferentes fatores estressantes podem induzir reações benéficas e/ou danosas ao estresse. Na presença de níveis de estresse controláveis e com duração moderada, o indivíduo mobiliza seus recursos para tentar resolver as tarefas e problemas que surgem em sua vida. Quando acompanhada por emoções positivas como prazer, satisfação, excitação e até mesmo divertimento, o estresse se caracteriza como benéfico. Selye denominou este nível ideal de

estresse de *eustress*, cujo prefixo *eu* significa bom. O termo *eustress* é usado, então, quando diante de condições de desafio, o indivíduo consegue se adaptar de forma positiva, obtendo ganhos que irão melhorar seu desempenho nessa e em outras situações (Calais & cols., 2007; Dewey, 2007; Fiamoncini & Fiamoncini, 2003).

Já a sobrecarga de estresse causada por uma situação de excitação com longa duração, pode, inicialmente, produzir sentimentos desagradáveis e, mais tarde, levar a danos físicos, fadiga, e até mesmo à morte. A este nível de estresse Selye denominou *dystress*, no qual *dys* significa ruim. O termo *distress* corresponde a uma má adaptação do indivíduo que pode acarretar prejuízos para ele (Calais & cols., 2007; Dewey, 2007; Fiamoncini & Fiamoncini, 2003).

Para Selye e Cherry (conforme citados por Dewey, 2007), estresse é uma resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda, seja ela agradável ou não, e o objetivo dos indivíduos não deveria ser evitá-lo completamente, mas sim aprender como reconhecer suas respostas típicas ao estresse para tentar equilibrar a vida de acordo com ele.

Lipp (conforme citado por Lipp & Tanganelli, 2002) define estresse como uma reação complexa, “*composta de alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento*” (p. 538). A função das respostas de enfrentamento, para a autora, é a adaptação do indivíduo à nova situação, gerada pelo estímulo desafiador. Quando a capacidade do organismo de atender às exigências do momento, sejam estas de natureza positiva ou negativa, é falha ou insuficiente, ocorrem sintomas de estresse, como fadiga e tensão muscular. Sendo assim, a resistência aos desafios enfrentados sofre influência das estratégias de enfrentamento presentes no repertório de comportamento do indivíduo e das exigências impostas pela situação.

Para Sparrenberger, Santos e Lima (2003), o *distress* é constituído pela incapacidade do indivíduo para superar a vivência de experiências estressantes, o que o desgastaria e levaria a ruptura do seu bem-estar individual.

O enfrentamento é considerado um fator mediador entre o estímulo desafiador e o desenvolvimento da reação do estresse. Pesquisas têm sido desenvolvidas para entender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos que efetivamente superam o estresse e não desenvolvem *distress* (Antoniazzi & cols., 1998). A resposta do indivíduo ao estresse dependerá de diferenças individuais, sociais e de classe, bem como de características culturais e padrões adaptativos de comportamento (Sparrenberger & cols., 2003).

Lazarus e DeLongis (1983) chamam a atenção para o fato de que apesar das teorias psicológicas de estresse e enfrentamento serem interdependentes, elas devem ser consideradas separadamente porque cada uma é mensurada por diferentes procedimentos. Também salientam que é importante examinar os processos que mediam essa relação, tais como o significado que o indivíduo dá ao evento e a variação nos seus recursos e estratégias de enfrentamento para lidar com determinada situação. Esses autores salientam que sem informações sobre a experiência anterior do indivíduo, o significado psicológico que subsidia a resposta deste diante da situação estressante permanece obscuro.

As pessoas raramente são passivas ao lidar com seus problemas, elas procuram mudar o que for possível e, se não puderem mudar a situação, usam modos cognitivos para mudar seu significado. Por toda a vida, a pessoa se esforça para dar sentido ao que acontece com ela e para alcançar um senso de ordem e continuidade. As diferentes crenças pessoais e o comprometimento do indivíduo estão no centro desse esforço adaptativo e influenciam sua avaliação cognitiva da interação com o ambiente e seu enfrentamento, levando a conseqüências profundas para sua saúde física, funcionamento moral, social e laborativo (Butler, conforme citado por Lazarus & DeLongis, 1983).

Um estudo realizado por Sparrenberger e cols. (2003) sobre a epidemiologia do *distress*, identificou uma associação significativa entre o sexo feminino e maior prevalência de *distress*, como também, uma tendência linear entre a ocorrência de *distress* e a idade, a renda familiar e a escolaridade, sendo as duas últimas associações inversas. Indivíduos com menor escolaridade e renda familiar foram os que apresentaram maior prevalência de *distress* em comparação a seus pares.

Lazarus e DeLongis (1983) defendem que grande parte das mudanças nas respostas ao estresse ao longo da vida se deve à forma como o indivíduo avalia o evento, mais do que às mudanças circunstanciais relacionadas ao envelhecimento. A adição dos novos valores, crenças, motivações e expectativas, em função da interação entre a pessoa e o ambiente, podem modificar a avaliação e a reação a um mesmo estímulo em diferentes momentos. A forma como o indivíduo avalia, tanto o evento estressor como suas habilidades de enfrentamento, muda constantemente. Porém, se permanecer avaliando ou enfrentando o evento estressor da mesma maneira e, repetidamente falhar em solucionar as dificuldades causadas, essa mesma situação estressora pode reaparecer reiteradas vezes.

Quando o paciente avalia que as demandas do contexto de doença e tratamento são muito elevadas ou que seus recursos são poucos, ou os dois, ele experimenta um elevado nível



de *distress*. Já, quando ele avalia que as demandas são poucas ou que seus recursos são muitos, ele experimenta um baixo nível de *distress*. Para reduzir o nível de *distress*, então, é necessário o paciente avaliar que as demandas do contexto podem ser reduzidas ou que seus recursos podem ser incrementados (National Cancer Institute, 2008).

Na presença de um elevado nível de *distress*, podem ser encontradas reações psicológicas como: perda e/ou redução da capacidade de concentração em assuntos que não estão relacionados ao estressor, depressão, ansiedade, tensão, angústia, pânico, insônia, dúvida quanto a si próprio, dificuldades interpessoais, preocupação excessiva, alienação, incapacidade de relaxar, tédio, ira e hipersensibilidade emotiva. A partir desses sintomas, é possível identificar a necessidade de intervir no nível de estresse apresentado pelo indivíduo (Lipp, 1984).

O termo *distress* vem sendo largamente utilizado na literatura sobre oncologia por ser mais aceitável e menos estigmatizante do que outros termos, por poder ser medido através de auto-relatos e também, porque o *distress* é uma resposta natural frente ao diagnóstico de câncer (National Comprehensive Cancer Network, 2008).

Considerando o câncer um agente estressor em potencial, alguns autores nomeiam o sofrimento psicológico gerado por seu diagnóstico e tratamentos como *distress*, o qual descreve a incapacidade para superar as vivências de experiências estressantes desencadeadas pelo câncer e seus tratamentos. Tal incapacidade, então, desgasta o indivíduo, levando-o a uma ruptura no seu bem-estar. O câncer seria percebido pelo paciente como uma ameaça, necessidade de ajuda ou alerta, desencadeando no indivíduo respostas com o intuito de se adaptar. A adaptação, neste contexto, pode ser entendida como processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, os sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos do indivíduo mudam continuamente para se ajustar às demandas do contexto de doença e tratamento (Sparrenberger & cols., 2003).

Nas diretrizes propostas pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para o manejo do *distress*, esse é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir com a habilidade de enfrentar efetivamente o câncer, seus sintomas físicos e seus tratamentos. As respostas que caracterizam o *distress* se estendem ao longo de um contínuo, indo das “normalmente” desencadeadas pela necessidade de enfrentar o estresse causado pelo câncer e seus tratamentos (como vulnerabilidade, tristeza pela perda da boa saúde e medo do futuro), até sintomas incapacitantes e intensos que alcancem critérios

para desordem psicológica (como depressão maior, desordem de ansiedade generalizada), causem graves problemas sociais e/ou familiares, ou mesmo provoquem uma significativa crise espiritual (Brennan, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008).

Investigações desenvolvidas indicam que a depressão e, em muitos casos, a ansiedade são co-morbidades que afetam e incapacitam aproximadamente 15% a 25% dos pacientes com câncer (Gaviria & cols., 2007). Carlson e Bultz (2003) relatam que entre pacientes com câncer, a depressão tem prevalência entre 20% a 25%, a desordem de ajustamento entre 25% a 30% e o *distress* de aproximadamente 35%. Referem ainda que, 20% dos pacientes necessitarão de tratamento psiquiátrico e se beneficiarão de aconselhamento profissional, 15% necessitarão de tratamento psicológico para *distress* e 25% de assistente social para auxiliar com questões financeiras e práticas.

Pasquini e Biondi (2007), a partir de uma revisão crítica sobre depressão em pacientes com câncer, relatam que um forte corpo de evidências confirma a coexistência entre depressão e câncer. Para tumores sólidos indicaram uma prevalência de 20% a 50% relativa à depressão, incluindo nesses resultados todos os tipos de desordem depressiva e não apenas depressão maior.

O National Cancer Institute (2008) indica que a prevalência de *distress* encontra-se entre 22% a 58% dos pacientes oncológicos. Akizuki e cols. (2003) consideraram que aproximadamente metade dos pacientes com câncer no Japão sofre desordens psiquiátricas, sendo mais comuns desordens de ajustamento (prevalência entre 4% e 35%) e depressão maior (prevalência entre 3% e 23%). Sheard e Maguire (1999) informaram que se tem estimado uma prevalência de 15% a 40% para depressão e ansiedade clínica entre pacientes oncológicos. Bultz e Holland (2006) indicaram que esta se encontra entre 35% e 45% dentre os cidadãos norte-americanos, e que encontraram resultados similares em estudos com pacientes do Oriente Médio, América do Sul, Ásia e várias cidades da Europa.

Outros autores apontam, ainda, que o câncer e seus tratamentos alteram a qualidade de vida e geram dificuldades emocionais em 23% a 66% dos pacientes. Destes, 85% apresentam depressão ou ansiedade como sintoma principal (Acosta, Jablonski Jr, Horta, Souza, & Silva, 2003; Telch & Telch, 1986). A ansiedade e a depressão são as desordens mentais mais comuns entre os pacientes com câncer (Gaviria & cols., 2007; Iconomou, Koutras, Iconomou & Kalofonos, 2004; Llull, Zamier & García, 2003). Estima-se que 25% dos pacientes apresentem sintomatologia severa, e que outros 25% apresentem sintomatologia moderada (Iconomou & cols., 2004).

A forma como o paciente responderá ao diagnóstico é variável e sofre influências da natureza e da qualidade do suporte/rede de apoio, das suas habilidades de enfrentamento e do significado que a ameaça do câncer tem para ele (Linden, Yi, Barroetavena, MacKenzie & Doll, 2005). Os pacientes que não se adaptarem à doença podem apresentar problemas psicológicos e sociais que não sejam prontamente reconhecidos pela equipe (Akizuki & cols., 2003; Bultz & Holland, 2006; Clark, 2001; Holland, 1998; Jacobsen & cols., 2005; Lara, 2006; Linden & cols., 2005; National Cancer Institute, 2008; Pascoe & cols., 2004; Zabora & cols., 2001).

As diretrizes propostas pela NCCN (2008) para o manejo do *distress* sugerem que todos os pacientes devem ser avaliados na consulta inicial para determinar o nível de *distress*, e reavaliados em intervalos regulares e/ou quando ocorrerem mudanças em sua doença (remissão, recorrência ou progressão). Nesta avaliação, a natureza e a forma do *distress* devem ser identificadas, para facilitar o encaminhamento a modalidades de intervenção mais adequadas a cada situação. Sugerem que programas educacionais e treinamentos devem ser desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar, assegurando que o paciente e seus familiares compreendam que manejar o *distress* faz parte do tratamento médico como um todo (Bultz & Holland, 2006; Clark, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008).

Algumas variáveis relacionadas ao *distress* podem ser conhecidas logo no momento do diagnóstico, enquanto outras apenas durante o tratamento inicial ou no período de recuperação. Segundo o modelo de *screening* proposto por Folkman e Greer (2000), que procura organizar variáveis relacionadas à qualidade de vida e prever diferentes níveis de morbidade, no momento do diagnóstico devem ser determinadas quatro categorias de informações: (1) co-morbidade psiquiátrica, principalmente um diagnóstico anterior de depressão; (2) co-morbidade com outra doença, pelo maior prejuízo no funcionamento social, familiar e mental e interferência na percepção da saúde; (3) rede de suporte emocional/social; (4) status socioeconômico, podendo incluir aqui o nível educacional e a renda familiar. A avaliação destas quatro variáveis, somada às considerações sobre a extensão da doença, magnitude do tratamento e o prognóstico do paciente, informaria, segundo os autores, o risco de *distress* do paciente.

São indicados pela NCCN (2008) como pacientes com elevado risco para *distress*, aqueles que possuem as seguintes características: (a) história de desordem psiquiátrica e/ou abuso de substâncias; (b) história de depressão e/ou tentativa de suicídio; (c) prejuízo cognitivo; (d) barreiras na comunicação; (e) comorbidade séria com doenças; (f) problemas

sociais; (g) conflitos familiares e/ou com cuidadores; (h) inadequado suporte social; (i) morando sozinho; (j) problemas financeiros; (k) limitado acesso ao cuidado médico; (l) jovens ou crianças dependentes; (m) jovens e mulheres; (n) outros estressores; (o) preocupações espirituais/ religiosas (Bultz & Holland, 2006; Clark, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Jacobsen & cols., 2005; National Cancer Institute, 2008).

Se o *distress* psicológico não é detectado ou diagnosticado, é negada ao paciente a possibilidade de manejar os efeitos adversos que desencadeiam em sua qualidade de vida, no curso da doença, como também nas relações sociais e familiares. A não identificação do *distress* pode, então, causar prejuízos como: (a) pacientes irem para o atendimento de emergência devido à ansiedade não reconhecida ou não tratada; (b) pacientes terem dificuldade para tomar decisões terapêuticas devido a ansiedade e a depressão; (c) ocasionar sentimentos que prejudiquem o início do tratamento necessário para o câncer; (d) gerar insatisfação e desilusão com o cuidado recebido, o que pode resultar na troca de um tratamento tradicional para um alternativo; (e) prejudicar a adesão a um tratamento que pode ser curativo; (f) causar estresse nos cuidadores (Almanza-Muñoz & Holland, 1999; Bultz & Holland, 2006; Jacobsen & cols., 2005; Zabora & cols., 2001).

Infortunadamente, o *distress* freqüentemente não é identificado, e quando o é, apenas um, dentre quatro pacientes que relatam aumento no *distress*, tem sido encaminhado para atendimento psicossocial (Bultz & Holland, 2006; Iconomou & cols., 2004; Jacobsen & cols., 2005; Linden & cols., 2005; National Cancer Institute, 2008; Zabora & cols., 2001).

A dificuldade para reconhecer sintomas de *distress* pode ocorrer: (a) pela crença, compartilhada por pacientes e membros das equipes de saúde, que humor depressivo ou ansiedade é uma reação apropriada ao câncer; (b) pela ausência de treinamento dos médicos para tratar depressão; (c) pela relutância da equipe e dos pacientes, causada pelo estigma das palavras psiquiátrico e psicológico, em discutir questões emocionais (Akizuki & cols., 2003; Clark, 2001).

Acredita-se que diagnosticar precocemente e encaminhar os pacientes com *distress* para intervenções adequadas às suas necessidades pode: (a) aumentar a qualidade do cuidado e a satisfação do paciente; (b) melhorar a comunicação entre médico e paciente; (c) elevar a confiança e o respeito; (d) favorecer a adesão às recomendações do tratamento (Holland & cols., 2008; Zabora & cols., 2001). Linden e cols. (2005) assinalam que intervenções

psicológicas para reduzir o *distress* podem aumentar a qualidade de vida e ajudar que o paciente e seus familiares tenham um enfrentamento mais eficiente da doença.

### 1.3 - Qualidade de Vida

Qualidade de vida tem sido um resultado inferido do cuidado médico desde o tempo de Hipócrates (século IV aC). Os médicos aceitavam a responsabilidade por maximizar o bem-estar de seus pacientes, aliviarem o sofrimento e, se possível, promover a cura da doença (Ganz, 1994).

O progresso tecnológico das terapêuticas aumentou as possibilidades de recuperação da saúde, de prolongamento na vida dos pacientes e provocou uma mudança no perfil epidemiológico das doenças pelo aumento na incidência de patologias crônicas e na taxa de sobreviventes. Mudanças, estas, que levaram à incorporação da qualidade de vida como meta assistencial a ser alcançada na área da saúde (Costa Neto & Araujo, 2008; Fleck, 2008; Pará & Schor, 2006; Terol & cols., 2000)

Os portadores de doenças crônicas, assim como os sobreviventes que precisam conviver com seqüelas de doenças e tratamento, precisam enfrentar as modificações de seus hábitos e estilos de vida, o que exige uma adaptação psicológica ao grande impacto da doença (Gaviria & cols., 2007; Rodriguez-Marin & cols., 1993).

A preocupação crescente com o conceito de qualidade de vida está relacionada também às mudanças de paradigmas nas ciências humanas e biológicas, que levaram à valorização de parâmetros mais amplos do que o controle dos sintomas ou aumento da sobrevida (Fleck & cols., 1999). Assim, a avaliação da qualidade de vida difere das avaliações clássicas dos prejuízos causados pela doença e tratamentos, pois incorpora um maior número de dimensões funcionais do que as tipicamente atribuídas ao tratamento, e foca na perspectiva do paciente e não da equipe de saúde (Cella, 1998).

Apesar do crescente número de pesquisas, o conceito de qualidade de vida ainda desperta divergências entre seus estudiosos. A dificuldade de compreensão e unificação do conceito de qualidade de vida ocorre porque cada indivíduo ou grupo procura interpretá-lo de acordo com seus valores, princípios e interesses. É um termo que, segundo Oliveira, Pereira, Pontes, Fialho e Moreira (2007) admite significados diferentes, em lugares e ocasiões diversas, variando de acordo com a cultura observada, a época vivida, o local e até mesmo entre as diferentes classes sociais.

Como salienta Fleck (2008), a ausência de consenso a respeito de um conceito em um novo campo de conhecimento é comum e compreensível, apesar de criar problemas difíceis de serem solucionados. Segundo estes autores, os psicólogos preferem atribuir características ou indicadores para descrever conceitos deste tipo, e o peso dado a cada uma dessas características ou indicadores seria o responsável pelo grande número de definições.

Há, porém, um notável consenso sobre considerar qualidade de vida um conceito subjetivo e multidimensional. Subjetivo, porque considera a percepção do sujeito sobre o seu estado de saúde e sobre outros aspectos do seu contexto de vida, devendo ser avaliada pelo próprio indivíduo. Multidimensional, por ser composto por múltiplas dimensões, positivas e negativas, nas quais, para uma boa qualidade de vida, alguns elementos devem estar presentes e outros não (Cella, 1998; Fleck, 2008; Gaviria & cols., 2007; Oliveira & cols., 2007; Seidl & Zannon, 2004; Terol & cols., 2000). Cella (1998) destaca que as opiniões dos estudiosos convergem também sobre a presença de determinados domínios para uma avaliação eficaz da qualidade de vida, como domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspectos espirituais/ religiosos ou de crenças pessoais.

Qualidade de vida também é um conceito objetivo – passível de observação apesar de utilizar a percepção particular do indivíduo (Stepke, conforme citado por Costa Neto & Araujo, 2008) – e variável ao longo do tempo (Meneses, Ribeiro & Silva, 2001).

O conceito de qualidade de vida depende de fatores sócio-culturais, políticos, emocionais, físicos, espirituais, apoio social, avaliação da rede de apoio social, dentre outros, os quais interferem na percepção que o paciente tem sobre o contexto da doença. Esta percepção é responsável pela forma como ele avalia seu bem-estar, se satisfaz nas diferentes dimensões da vida e com o tratamento, e pelas estratégias de enfrentamento que pode lançar mão para lidar com as dificuldades. Para o enfrentamento do contexto de doença e tratamento, é necessário que o indivíduo faça juízos reais sobre a enfermidade e incremente seu repertório de comportamento (Gaviria & cols., 2007).

Por ser multidimensional, não é suficiente utilizar um único escore que informe sobre a qualidade de vida, sendo importante construir o perfil do paciente através dos escores em cada domínio (Cella, 1998; Cella, 2001; Costa Neto & Araujo, 2008; Fleck & cols., 2008; Meneses & cols., 2001; Seidl & Zannon, 2004). A utilização de indicadores multidimensionais para mensurar qualidade de vida permite que indivíduos com a mesma doença possam apresentar diferentes níveis de saúde, bem-estar emocional e funcionamento físico (Cella, 200; Ciconelli, 2003). Possibilita também aumentar a sensibilidade às diferenças

entre grupos e indivíduos pelo detalhamento das diferentes áreas de funcionamento e bem-estar, o que é bastante útil para a formulação de intervenções psicológicas (Cella, 2001).

Segundo Fleck (2008), a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a que melhor representa a abrangência do conceito qualidade de vida. Por este motivo, esse foi o conceito escolhido para nortear a presente pesquisa. Segundo a OMS, qualidade de vida é definida como “*a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, conforme citado por Fleck & cols., 2008, p. 25).

É um conceito bastante amplo que incorpora domínios que vão além daqueles relacionados à doença. Agregam-se a este conceito, os domínios: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações pessoais, relação com aspectos significativos do ambiente. O uso de medidas mais amplas garante sua aplicabilidade a todas as doenças e possibilitam, ainda, a comparação entre indivíduos afetados por diferentes enfermidades ou sem qualquer patologia (Bloom, Stewart, Johnston & Banks, 2001; Meneses & cols., 2001; Soni & Cella, 2002).

Bloom e cols. (2001) desenvolveram uma pesquisa com pacientes portadoras de câncer de mama para avaliar e comparar medidas específicas e gerais de qualidade de vida. Seus resultados sugeriram que medidas gerais são suficientemente sensíveis para diferenciar mulheres com câncer de mama das mulheres depressivas ou saudáveis, sendo igualmente sensíveis para prever o impacto do câncer na qualidade de vida das pacientes. Ao final, estes autores, informaram que as duas formas de avaliar qualidade de vida oferecem contribuições independentes, sendo mais complementares do que excludentes.

A OMS, a partir do seu conceito de qualidade de vida, desenvolveu um projeto multicêntrico que resultou em um instrumento de avaliação constituído por um escore geral e quatro grandes dimensões: (a) física; (b) psicológica; (c) relacionamento social; (d) meio ambiente (Fleck, 2008). Pesquisando sobre esse instrumento, Power e cols. (conforme citados por Seidl & Zannon, 2004) verificaram que os aspectos físicos e psicológicos explicaram a maior parte da variância nos resultados obtidos nas avaliações, seguidos pelas dimensões ambiente e relacionamento social.

Seidl e Zannon (2004) informaram também que na pesquisa realizada por Smith e cols. sobre a influência de três grandes dimensões – saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social – sobre a percepção de qualidade de vida e do estado de saúde, a

dimensão saúde mental/ bem-estar psicológico teve maior poder de predição em relação ao escore de qualidade de vida do que a dimensão funcionamento físico.

No estudo realizado por Costantine e cols. (2000), os conteúdos psicológicos e sociais foram identificados como as dimensões que interferem na definição dos pacientes sobre qualidade de vida. Segundo estes autores, os pacientes não fazem uma distinção clara entre os domínios que compõem a qualidade de vida, particularmente entre os problemas físicos e psicológicos, mas parecem dar grande valor ao bem-estar psicológico durante o período de doença.

Estes resultados depõem a favor da inserção de psicólogos na Oncologia e da importância de intervenções direcionadas para a melhoria do bem-estar emocional dos pacientes oncológicos.

A coleta de informações sobre qualidade de vida proporciona uma base para guiar as estratégias terapêuticas, colaborando para que o paciente possa alcançar vida mais próxima possível do normal. Os dados referentes à qualidade de vida podem fornecer informações quanto ao impacto físico e psicossocial da doença e permitir conhecer melhor o paciente e sua forma de adaptação à condição atual e ao longo das diferentes fases do tratamento. Avaliando cada domínio, a equipe de saúde torna-se capaz de estar mais atenta aos aspectos que possam ter sofrido interferências secundárias à doença, e identificar aqueles que devem ser trabalhados com maior ênfase (Cella, 1998; Franzi & Silva, 2003; Holland, 1998; Oliveira & cols., 2007; Terol & cols., 2000).

Para Terol e cols. (2000), a avaliação da qualidade de vida do paciente oncológico deve ser realizada durante as etapas críticas e ao longo do processo da doença (administração da quimioterapia, fases avançadas, seguimento, entre outras), buscando determinar a relação que existe entre os diferentes domínios de qualidade de vida, avaliar o impacto diferencial em cada um deles, estabelecer diferenças entre pacientes com patologias e características distintas. Isso permitiria delimitar com maior precisão as áreas psicossociais mais afetadas pelo câncer nas diferentes fases da doença e o impacto dos tratamentos administrados.

Uma avaliação da qualidade de vida pode igualmente ajudar a identificar pacientes com elevado risco de desenvolver problemas psicológicos e dificuldades de adaptação frente a uma patologia crônica. Os dados coletados também podem servir como importantes indicadores da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos (Lakusta & cols, 2001; Seidl & Zannon, 2004; Terol & cols., 2000).



Oliveira e cols. (2007), analisando a produção científica sobre qualidade de vida no Brasil entre os anos 2000 e 2005, chamaram a atenção para a importância de trabalhos multidisciplinares diante da complexidade das ações na saúde e relataram um crescimento na associação de diferentes áreas profissionais nas pesquisas realizadas neste período.

A avaliação de qualidade de vida passou a fazer parte dos protocolos de tratamento e de pesquisas em função da necessidade de conhecer e controlar os resultados relacionados às novas terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer, havendo, assim, um grande progresso nesta área de pesquisa. A avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos é um campo promissor de investigação, no qual se tem aprimorado as metodologias de avaliação (Costa Neto & Araujo, 2008).

Segundo Fleck e cols. (1999):

“A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de se acrescentar ‘anos à vida’, era deixada de lado a necessidade de acrescentar ‘vida aos anos’”(p. 20).

Pouco se sabe sobre as conseqüências psicológicas e sociais que os tratamentos oncológicos provocam na qualidade de vida, mas já é de domínio público que estas existem e que é impossível tratar a doença sem considerar o ambiente social do paciente, suas emoções e comportamentos relacionados à doença (Pestana, Estevens & Conboy, 2007).

Estudos mais recentes mostram evidências de que a resposta psicológica do paciente e sua qualidade de vida agem como variáveis intervenientes sobre os resultados dos tratamentos, podendo afetar até mesmo a média de sobrevida do paciente oncológico (Costa Jr, 2001).

Font (1994) destaca que o estudo científico da qualidade de vida de pacientes oncológicos é importante porque permite: (a) conhecer o impacto da enfermidade e do tratamento em um nível diferente e complementar ao nível biológico/ fisiológico; (b) conhecer melhor os efeitos secundários dos tratamentos; (c) aprofundar o conhecimento do paciente e de sua adaptação à doença; (d) avaliar melhor os tratamentos paliativos; (e) facilitar a comparação entre terapias alternativas; (f) facilitar a reabilitação dos pacientes.

Atualmente, é aceito que o conceito de qualidade de vida sofre influência de mediadores psicológicos como: estratégias de enfrentamento, percepção pessoal do doente,

aspectos físicos, percepção da rede de suporte social, auto-imagem anterior à doença, adaptação à doença e *locus* de controle (Costa Neto & Araujo, 2008; Ramos-Cerqueira & Crepaldi, 2000; Gaviria & cols., 2007; Pestana & cols., 2007). Todos estes, responsáveis por uma parcela da variação que pode ocorrer nos escores das avaliações de qualidade de vida e importantes indicadores para a formulação de intervenções direcionadas à melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A avaliação da influência da qualidade de vida física e emocional do paciente também auxilia na identificação dos pacientes com necessidade de auxílio psicológico.

Pacientes oncológicos com pior qualidade de vida inicial ou com maior evidência de sintomas depressivos, tenderiam a se apresentar com pior prognóstico (Gouveia Sobrinho, Carvalho & Franzi, 2001). Em oposição, um prognóstico favorável do ponto de vista psicológico estaria, segundo Costa Neto, Araujo e Curado (2000), relacionado às expectativas do paciente de que o câncer pode ser dominado, que existe essa possibilidade em seu caso específico e de que possui capacidade para enfrentar os problemas de saúde. Uma avaliação inicial da qualidade de vida poderia ser ferramenta auxiliar para a triagem de pacientes e encaminhamento destes para intervenções formuladas de acordo com risco de desenvolverem dificuldades emocionais.

Quando os pacientes com risco de respostas desadaptativas e deterioração da sua qualidade de vida são identificados e tratados no momento, ou logo após o diagnóstico, pode haver redução significativa do *distress*, as atividades rotineiras podem ser mais facilmente restabelecidas e o resultado social melhorado (Ismael, 2005).

Segundo Cella, Hahn e Dineen (2002), durante o tratamento oncológico, uma pequena melhoria na qualidade de vida relacionada à saúde pode ser significativa para o paciente que procura por qualquer indicação de resposta ao tratamento. Porém, quando esta declina durante o tratamento, o paciente procura se adaptar minimizando as atribuições negativas sobre este declínio. Parece que o paciente procura suportar as mudanças negativas em sua qualidade de vida com o propósito de obter ganhos futuros com o tratamento. Por este motivo, quando ocorre uma piora estatisticamente significativa no escore, este pode não informar se houve ou não uma piora clinicamente/subjetivamente significativa para o paciente. A união entre métodos quantitativos e qualitativos pode preencher esta lacuna no conhecimento.

## **Capítulo 2**

### **Intervenções Psicossociais em Oncologia**

A seguir, serão apresentados aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento por câncer e no tratamento quimioterápico, como também intervenções utilizadas para auxiliar a adaptação do paciente ao contexto de doença e tratamento.

#### **2.1 – Aspectos psicossociais do paciente oncológico**

A experiência do paciente que tem câncer é largamente influenciada por fatores derivados da própria doença, como seu estágio, local afetado e tratamentos necessários. O local da doença e seu estágio se relacionam diretamente aos sintomas sentidos pelo paciente (especialmente dor) e ao seu prognóstico. Os tratamentos prescritos se relacionam às possíveis seqüelas físicas, imediatas e/ou tardias, que podem ocorrer. Existe também a probabilidade de ocorrerem alterações físicas e/ou funcionais para as quais a reabilitação não seja efetiva (Fawzy, 1999; Holland, 1998; Lara, 2006; Pascoe & cols., 2004; Gaviria & cols., 2007; Todd & cols., 2002).

Sintomas, por definição, são percepções subjetivas do paciente, sendo descritos com base em diversas características, impacto sobre diferentes domínios funcionais ou sobre o indivíduo como um todo. Os sintomas interferem na qualidade de vida do paciente, na medida em que causam dificuldades emocionais e/ou afetam dimensões de sua vida (Holland, 1998).

Os sinais e sintomas mais comuns relacionados ao câncer são: emagrecimento, anorexia, anemia, dor, perda de energia, dispnéia, boca seca, fadiga, dificuldade para dormir, dificuldade para urinar, náuseas, vômitos, diarréia, baixa da libido, irritação, constipação e suor frio. Estes podem ocorrer em maior ou menor frequência, dependendo do local e estadio do câncer (Nucci, 2003; Pascoe & cols., 2004; Gaviria & cols., 2007).

Além da sintomatologia presente e das alterações que o diagnóstico de câncer provoca no bem-estar físico e emocional do paciente, as expectativas quanto ao desenvolvimento das células cancerosas, o receio da mutilação e a apreensão frente à necessidade de exames e tratamentos desconhecidos, desencadeiam temores e outras dificuldades emocionais nos pacientes (Carvalho, 1994; Fawzy, 1999; Lara, 2006). O paciente se depara com questões relacionadas à vida e à morte, como também com a necessidade de se readaptar à nova realidade imposta (Werebe, 2000).

Os tratamentos, rotinas e condutas hospitalares, embora existam para promover o bem-estar, o restabelecimento e, por vezes, a cura dos pacientes, podem adquirir caráter ameaçador, agressivo e invasivo (Carvalho, 1994). Cada avanço feito por oncologistas, nos métodos de tratamento, tem criado efeitos adversos e problemas com os quais o paciente terá de lidar (Fawzy, 1999; Holland, 1998). Sejam curativos, paliativos ou profiláticos, os tratamentos oncológicos terão um custo para o paciente, que pode ter de lidar com alterações na aparência física, na auto-imagem corporal, bem como com eventuais limitações em suas atividades rotineiras.

### **2.1.1 - Aspectos específicos associados à quimioterapia**

Basicamente, o tratamento do câncer pode envolver cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Cada um deles, com suas peculiaridades, ocasiona efeitos colaterais que afetam a condição de vida do paciente.

Camponero e Lage (2008) contam que, no início do século XX, a cirurgia era o único tratamento curativo eficaz para tumores pequenos e com localização favorável à remoção. A radioterapia surge posteriormente como meio de controlar o crescimento de pequenos tumores que não eram cirurgicamente removíveis. A quimioterapia é adicionada, então, aos esquemas de tratamento para destruir pequenos focos de crescimento tumoral não controlados pelos cirurgiões e radioterapeutas.

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que usa substâncias químicas contra o câncer. Seu objetivo é eliminar células neoplásicas. Entretanto, células normais, que são responsáveis pelo funcionamento adequado do organismo, são igualmente afetadas. Seu crescimento e desenvolvimento diminuem gerando desajustes no organismo, os quais são denominados efeitos colaterais. Como as células normais têm maior capacidade para se recuperar do que as células neoplásicas, esses efeitos aversivos são temporários (Mata & Leonardo, 2003).

Dentre as células normais afetadas pela quimioterapia estão as células da medula óssea, do sistema gastrointestinal, dos folículos da pele e do sistema reprodutor. Assim sendo, os efeitos colaterais mais comuns são: (a) toxicidade hematológica, com depressão da medula óssea, manifestada por leucopenia, trombocitopenia e anemia; (b) toxicidade gastrointestinal, manifestada através de náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, diarreia e constipação; (c) toxicidades cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, vesical/renal; (d) alterações metabólicas, como hipomagnesemia, hiponatremia, hipercalcemia e hiperuricemia; (e)

toxicidade dermatológica, com alterações nas unhas, alopecia (queda de cabelo), eritema, urticária, hiperpigmentação e fotossensibilidade; (f) reações alérgicas e anafiláticas (Anjos & Zago, 2006; Araújo, Zago & Silva, 2006; Caponero & Lage, 2008; Holland, 1998; Mata & Leonardo, 2003).

Atualmente, quase a totalidade de regimes quimioterápicos utiliza combinações de drogas que possuem mecanismos de ação diferentes, para dificultar o desenvolvimento de resistência das células neoplásicas aos agentes químicos. Assim, é possível obter uma resposta mais eficiente e diminuir a incidência e a gravidade dos efeitos colaterais, pois um dos agentes pode reverter o efeito do outro (Caponero & Lage, 2008; Holland, 1998; Melo, Araújo, Oliveira & Almeida, 2002).

O desenvolvimento no uso de drogas quimioterápicas tem contribuído para o tratamento bem-sucedido de pacientes oncológicos. A quimioterapia passou a ser empregada no tratamento de neoplasias disseminadas, ou avançadas, que não podem ser tratadas por cirurgia ou radioterapia. Algumas neoplasias passaram, então, a ser curáveis, havendo remissão total da doença. Já outras são apenas controláveis, havendo remissão parcial da doença, com alívio de sintomas, prolongamento do tempo até a nova progressão da doença e, quando possível, aumento na sobrevida total do paciente (Caponero & Lage, 2008).

Dependendo do tipo de câncer e do seu estágio de desenvolvimento, a quimioterapia pode ter como objetivo curar, impedir sua disseminação, reduzir seu crescimento, evitar metástases ou aliviar os sintomas causados pela doença (Straub, 2005). Muitos pacientes que não são curáveis podem ter tratamento paliativo, isto é, podem ter a doença abrandada por meses ou anos, com regimes de quimioterapia que reduzem seus tumores e melhoram seu desempenho.

A quimioterapia pode ser utilizada como tratamento primário ou neo-adjuvante, que precede a intervenção cirúrgica ou radioterápica, com o objetivo de eliminar micrometástases ou tornar o tumor ressecável. Pode, também, ser utilizada como tratamento adjuvante, que é aplicado após a cirurgia com o intuito de prevenir recidivas ou metástases (Caponero & Lage, 2008; Carvalho, 1994; Holland, 1998).

Seja neo-adjuvante (antes do tratamento cirúrgico) ou adjuvante (após o tratamento cirúrgico), a quimioterapia tem a finalidade de contribuir para a qualidade de vida do paciente e minimizar os danos gerados pela doença, aumentando as taxas de cura ou favorecendo o controle mais prolongado da doença e o aumento na sobrevida livre de recorrência (Caponero & Lage, 2008; Holland, 1998). Em contrapartida, é um tratamento que provoca elevada

ansiedade nos pacientes, que devem estar sempre atentos a qualquer sinal de complicações secundárias, havendo forte temor em relação à sua toxicidade.

Lakusta e cols. (2001), ao pesquisarem sobre a qualidade de vida em pacientes com câncer de ovário, encontraram resultados que sustentam a hipótese de que o aumento na toxicidade da quimioterapia impacta negativamente sobre a qualidade de vida dos pacientes. Graviria e cols. (2007) encontraram resultados similares sugerindo que quanto maior a sintomatologia física menor a qualidade de vida, resultado também descrito por Lara (2006).

Em um estudo longitudinal com pacientes recebendo quimioterapia, desenvolvido por Terol e cols. (2000), os pacientes consideraram o funcionamento físico, os sintomas da doença e dos tratamentos e o impacto social, como os domínios da qualidade de vida mais afetados durante a quimioterapia. Identificaram que as dificuldades funcionais, a condição física, os sintomas da doença e da quimioterapia e o impacto emocional, assim como os escores de depressão e ansiedade, são mais elevados nos últimos ciclos do tratamento quimioterápico. Já os domínios restantes não mostraram diferenças significativas entre os primeiros e os últimos ciclos do tratamento. Estes estudos demonstram o impacto psicossocial do tratamento quimioterápico e a importância da condição física na percepção que o paciente tem a respeito da sua qualidade de vida.

O medo gerado pela antecipação dos riscos e o forte estigma do tratamento quimioterápico fazem com que o paciente experimente, após sua prescrição e antes mesmo do seu início, dificuldades para pegar no sono, interrupções do sono, cansaço ao acordar, sensações de tensão e nervosismo (Holland, 1998). Nas fases iniciais, a necessidade de adaptação do paciente à doença e aos tratamentos pode prejudicar suas relações sociais, mesmo quando sua condição física é melhor, havendo menor dificuldade funcional ou menos sintomas (Terol & cols, 2000).

Muitas vezes, é no período inicial do tratamento que o paciente entra em contato concretamente com a doença, antes descrita apenas através dos exames. Frequentemente, os pacientes queixam-se mais das alterações corporais devidas ao tratamento quimioterápico do que daquelas relacionadas apenas ao câncer. Os efeitos colaterais dos tratamentos frequentemente são associados pelos pacientes à piora ou progressão da doença. O paciente passa a experimentar um acréscimo de problemas, principalmente quando as melhoras não são percebidas logo após o início da quimioterapia ou não estão no grau desejado. Neste momento, os sentimentos de insegurança em relação à sua saúde se intensificam e podem ser

desencadeadas dificuldades emocionais como pessimismo, desamparo, isolamento social e medo de perder o controle sobre a própria vida (Eizirik & Ferreira, 1991; Tope & cols., 1993).

Outro problema bastante estudado em relação às reações dos pacientes à quimioterapia, diz respeito ao controle aversivo das náuseas e vômitos antecipatórios ao tratamento quimioterápico. A investigação realizada por Mata e Leonardo (2003) aponta que as náuseas e vômitos antecipatórios podem ser explicados por meio da teoria do condicionamento pavloviano, mas revelam que a ocorrência destas reações antecipatórias é modulada pela reatividade biológica, pela depressão, pela ansiedade e pelas habilidades de enfrentamento dos pacientes. Este resultado explica porque nem todos os sujeitos desenvolvem reações antecipatórias, como também corrobora com os demais resultados de pesquisa que indicam a necessidade de intervenções psicossociais para facilitar a adaptação do paciente oncológico e melhorar sua qualidade de vida.

A resposta do paciente ao diagnóstico sofre influência das suas habilidades de enfrentamento, da natureza e da qualidade do suporte/rede de apoio, e do significado que a ameaça do câncer tem para ele (Lara, 2006; Linden & cols., 2005; Holland, 1998; Nicholas & Veach, 2000). Holland (1998) relaciona a resposta do paciente à influência de fatores derivados do câncer, do indivíduo e da sociedade. Os fatores derivados do câncer são seu tipo, estágio e prognóstico, assim como a fase do tratamento na qual o paciente se encontra (diagnóstico, tratamento e recorrência). Os fatores derivados do indivíduo incluem seus recursos de enfrentamento, sua rede de suporte social e seu estágio da vida. Os fatores derivados da sociedade abrangem a visão desta sobre o câncer (ex: estigma), sua influência sobre a disponibilidade de tratamentos, sua abertura para discutir sobre a doença e as crenças populares sobre sua causa.

Para Moos e Schaefer (conforme citado por Ogden, 1996), tanto o processo de enfrentamento da doença quanto a resposta do paciente a esta, dependerá de fatores demográficos, pessoais, físicos e sociais, como daqueles relativos à própria doença. O câncer é uma crise na vida do indivíduo e, como tal, leva o paciente a buscar formas de retornar ao estágio estável da sua vida.

No estudo realizado por Zainal, Hui, Hang e Bustam (2007) com 168 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, com idade média de 50 anos, encontraram 51% de prevalência de *distress* quando avaliaram os pacientes utilizando o termômetro de *distress*, e 32%, quando avaliaram utilizando a HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Relataram que os resultados não estiveram significativamente relacionados ao local da

doença, à fase de quimioterapia e aos aspectos sócio-demográficos, com exceção da idade. Porém, estes estavam significativamente associados com problemas práticos, familiares e emocionais. Problemas físicos que afetavam a aparência, a respiração, o sono, a alimentação, a memória/concentração, o sistema urinário, a movimentação e/ou causavam fadiga, constipação, náuseas e dor, também foram significativamente associados ao *distress*. Para esses autores, os pacientes em quimioterapia desenvolvem um elevado nível de *distress* e devem ser encaminhados para uma equipe de saúde mental

Hipkins, Whitworth, TARRIER e Jayson (2004), em um estudo prospectivo com pacientes com câncer de ovário, encontraram uma significativa redução (19%) nos casos e sintomas de depressão e aumento (47%) na ocorrência de ansiedade três meses após o fim da quimioterapia. Os sintomas de ansiedade foram associados à pior percepção de suporte social e aumento nos pensamentos intrusivos, estes considerados os principais determinantes de morbidade psicológica nos pacientes.

A depressão pode ter um efeito direto sobre a resposta neuroimune e os pacientes depressivos podem mostrar baixa adesão aos tratamentos. Comportamentos relacionados à depressão podem, ainda, afetar vários aspectos da vida do paciente tais como o estado de saúde, a qualidade de vida, os papéis familiares e as atividades laborativas (Pasquini & Biondi, 2007).

Em função das diferentes taxas de prevalência de depressão retratadas em pesquisas, Pasquini e Biondi (2007) chamam a atenção para a influência do sítio do câncer, do seu estadiamento, do tempo desde o diagnóstico, do tipo de tratamento e da idade do paciente nos resultados encontrados. Os autores também consideraram importante a influência de variáveis pessoais, como cultura, etnia, características pessoais, atitudes religiosas, condição econômica, traços pessoais, estilos de enfrentamento e suporte social.

Iconomou e cols. (2004) realizaram um estudo prospectivo procurando avaliar o *distress* emocional, a função cognitiva e a qualidade de vida de pacientes oncológicos em quimioterapia. Avaliaram os pacientes no início da quimioterapia e no período final obtendo os seguintes resultados: (a) a qualidade de vida no início da quimioterapia encontrava-se elevada e não houve mudança significativa na maioria dos domínios, com exceção de piora na fadiga e na insônia; (b) na primeira avaliação, os escores para depressão e ansiedade foram elevados e não houve mudança significativa nos escores, apesar da diminuição, na segunda avaliação; (c) a função cognitiva objetiva permaneceu constante ao longo do tratamento; (d) a depressão encontrava-se negativamente associada à qualidade de vida global. Com base



nesses resultados, sugeriram que intervenções psicossociais voltadas à melhoria da depressão poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida como um todo.

Nesse mesmo estudo, Iconomou e cols. (2004) encontraram: (a) uso médio das estratégias de enfrentamento “busca de apoio social”, “religiosidade”, “solução de problemas” e “autofocalização negativa”; (b) uso elevado de evitação e reavaliação positiva; (c) uso baixo de expressão aberta de emoções. Estes autores indicaram que os pacientes avaliados utilizavam com frequência estratégias do tipo cognitivo - principalmente a supressão de pensamentos negativos e sua substituição por pensamentos positivos - que os auxiliava a suportar o impacto da enfermidade. Também demonstravam freqüentes manifestações de evitação em nível comportamental e emocional, com pouca expressão das emoções.

No campo da saúde, em especial, da psico-oncologia, há dificuldade em se estabelecer, dentre o amplo espectro de variáveis psicológicas, quais têm um maior peso no momento de prever uma melhor adaptação, qualidade de vida e um maior tempo de sobrevida. Algumas variáveis psicológicas estudadas são, por exemplo, personalidade, enfrentamento, suporte social, estresse, ansiedade, percepção e avaliação do problema. Considera-se que estas variáveis irão ou não permitir que os pacientes alcancem melhor saúde e bem-estar psicológico (Gaviria & cols., 2007; Llull & cols., 2003).

A função cognitiva dos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico é outro domínio de qualidade de vida que merece atenção, mas tem sido pouco estudado. Várias dificuldades neste domínio são relatadas pelos pacientes, principalmente declínios sutis no funcionamento, particularmente, da memória e da concentração. Qualquer uma dessas dificuldades pode comprometer a habilidade do paciente para assimilar informações sobre a doença, dificultar atividades rotineiras e atrapalhar a capacidade funcional (Iconomou & cols., 2004).

Estes dados revelam a necessidade de intervenções psicológicas em pacientes que utilizem estratégias de enfrentamento ineficazes para evitar o *distress* e a deterioração de sua qualidade de vida.

## **2.2 – Intervenções psicossociais no campo da Psico-Oncologia**

Diversas formas de intervenção para pacientes oncológicos vêm, comprovadamente, mostrando resultados positivos e se estabelecendo como importantes ferramentas de trabalho para o psicólogo que trabalha em oncologia. Pode-se afirmar que o acompanhamento psicológico do paciente e de seus familiares, em todas as etapas do tratamento, constitui

elemento indispensável à assistência prestada (Costa Jr. 2001; Holland, 1998; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Rehse & Pukrop, 2003; Tope & cols., 1993).

Intervenções psicossociais geralmente são definidas como intervenções não-farmacológicas que incluem uma variedade de componentes psicológicos e educacionais. Possuem formatos e focos de atenção bastante heterogêneos e procuram combinar diversas técnicas para atingir seus objetivos. Podem ser administradas individualmente ou em grupo, variando o tempo de duração de uma a múltiplas sessões semanais (Holland & cols., 2008; National Cancer Institute, 2008).

As terapias psicológicas estão entre as terapias não-tradicionais para o câncer mais populares. Há quem espere desde o auxílio para lidar com as terapias tradicionais até a cura da doença, mantendo expectativas elevadas com as intervenções. Mesmo havendo expectativas superiores, os pacientes demonstram satisfação e costumam recomendar as terapias psicológicas das quais participam aos outros pacientes com câncer (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002).

Para Heim, Valach e Schaffner (1997), o objetivo principal das intervenções psicológicas deve ser aumentar a qualidade de vida do paciente, reforçando seu suporte social e modificando os comportamentos de enfrentamento, para torná-los mais efetivos às demandas da doença.

Parece haver na literatura uma preferência por intervenções compostas por diversos componentes, como por exemplo: treino em relaxamento (incluindo imagem guiada), educação/ informação, suporte emocional, técnicas cognitivas e comportamentais, resolução de problemas específicos da doença, suporte social, treino em habilidades de comunicação (Baum & Andersen, 2001).

Estas técnicas são agrupadas em programas de intervenção de acordo com o objetivo a ser alcançado. Segundo estudos em psico-oncologia, o paciente necessitará de auxílio quando: (a) suas reações emocionais ou de seus familiares o impedem de aderir ao tratamento e/ou interferem negativamente sobre ele; (b) exibe comportamentos inadequados para manutenção do seu bem-estar; (c) suas reações emocionais interferem no desempenho de atividades sociais e no enfrentamento da doença; (d) há manifestação de reações psicológicas inadaptadas ou sintomas psiquiátricos (Costa Jr. & Coutinho, 1998).

Os pacientes que necessitam de auxílio devem ser identificados precocemente, porém a equipe de saúde pode apresentar dificuldades para reconhecer as reações que indicam esta necessidade e as outras diversas formas de manifestações de angústia e/ou ansiedade e

depressão que os pacientes oncológicos podem desenvolver. Em muitos casos, o diagnóstico dessas reações acaba ocorrendo tardiamente. Inserir métodos de *screening* como parte da rotina de atendimento pode facilitar a identificação dos pacientes com risco elevado para má adaptação e o seu devido encaminhamento à modalidade de intervenção mais adequada às suas necessidades (Almanza-Muñoz & Holland, 1999; Almanza-Muñoz, Romero-Romo & Holland, 2000; Lara, 2006; Romero-Romo & Holland, 2000; National Cancer Institute, 2008; Nucci, 2003; Tope & cols., 1993).

O uso de métodos de *screening* não deve ser confundido com avaliação psicológica. Trata-se de uma forma rápida para identificar pacientes que podem, potencialmente, desenvolver uma elevada dificuldade para enfrentar e se adaptar ao diagnóstico e tratamentos. É um modelo preditivo, que procura: (a) estimar a gravidade do *distress* do paciente; (b) definir o andamento inicial das ações; (c) desenvolver uma compreensão dinâmica do paciente; (d) estabelecer o diagnóstico e o primeiro passo para aperfeiçoar a relação terapêutica (Zabora & cols., 2001).

Na revisão sobre intervenções psicológicas para depressão utilizadas com pacientes oncológicos, Pasquini e Biondi (2007) chamaram a atenção para o fato de alguns pacientes não desejarem ter sua depressão reconhecida e tratada, seja por fatores culturais, pela personalidade do paciente, por sua experiência anterior com o câncer, seus estilos de enfrentamento ou pela diferença de gêneros. A realização do *screening* com estes pacientes, quando aceitam participar, pode levar a resultados incongruentes.

A avaliação psicossocial do paciente oncológico, segundo o *National Cancer Institute* (2008), deve ser focalizada em fatores relevantes à adaptação e ao enfrentamento da doença, para que os profissionais determinem quão bem o paciente está ajustado. Autores afirmam que as intervenções geram benefícios significativos quando os pacientes são identificados inicialmente com risco elevado de desenvolver reações psicológicas desadaptativas, sendo menores os benefícios quando utilizadas junto aos pacientes identificados como de baixo risco. Relacionam esta constatação ao fato dos pacientes com baixo risco já estarem enfrentando bem o *distress* relacionado ao câncer, tendo menor dependência de melhoria e menor necessidade de uma intervenção mais formal e intensa. Para estes autores os serviços de psicologia são mais efetivos quando oferecidos aos pacientes de risco ou com necessidade deste (Costa Jr, 2001; Greer & cols., 1992; National Cancer Institute, 2008; Tope & cols., 1993).

As intervenções realizadas buscam desenvolver nos pacientes habilidades que favoreçam o uso de estratégias para minimizar a necessidade de auxílio. Para avaliar se os objetivos foram alcançados, podem ser utilizadas medidas que verifiquem: (a) o ajustamento emocional (ex: ansiedade e depressão); (b) os prejuízos funcionais (ex: retorno ao trabalho, papéis sociais); (c) os sintomas relacionados à doença (ex: náuseas/vômitos, fadiga, dor); (d) os comportamentos saudáveis (ex: dieta, hábito de fumar, exercícios); (e) o funcionamento do sistema imunológico (National Comprehensive Cancer Network, 2008; National Cancer Institute, 2008).

Apesar dos benefícios positivos encontrados em estudos sobre intervenções junto a pacientes oncológicos, a significância clínica destes tem sido questionada. Críticos estão apresentando várias conclusões sobre o tamanho desses efeitos, classificando alguns como desprezíveis em relação à depressão, pequenos para a maioria dos resultados emocionais e moderados para ansiedade (National Cancer Institute, 2008).

Ridder e Schreurs (2001) salientam que os terapeutas não estão engajados em desenvolver pesquisa sobre as intervenções voltadas para a promoção de estratégias de enfrentamento. Assim como Lazarus (2000) pontua que os psicólogos clínicos, em geral, têm dificuldade para reconhecer a complexidade da tarefa de tornar aplicáveis os resultados das pesquisas, havendo considerável falta de comunicação entre pesquisadores e os profissionais do campo prático.

Acredita-se que a efetividade do enfrentamento media a influência do estresse sobre os resultados adaptativos e, sendo assim, que intervenções que intensifiquem o enfrentamento possam melhorar a adaptação do paciente. Porém, a tarefa de avaliar como as intervenções podem promover a adaptação pelo desenvolvimento de estratégias de enfrentamento é difícil, havendo ainda pouca compreensão sobre os mecanismos de mudanças. É freqüente o uso de intervenções com múltiplos componentes, dificultando, assim, a identificação daquele responsável pelas mudanças nos comportamentos de enfrentamento (Baum & Andersen, 2001; Coyne & Racioppo, 2000; Ridder & Schreurs, 2001; Stanton & cols., 2007).

Pesquisas longitudinais e prospectivas, que requerem medidas repetidas com as mesmas pessoas ao longo do tempo, podem permitir ao pesquisador prever eventos a partir das primeiras medidas obtidas e auxiliar no estudo sobre a eficácia das intervenções. Apesar das dificuldades causadas pela necessidade de maior tempo e pela possibilidade de perdas na amostra, este delineamento pode favorecer a compreensão dos fatores responsáveis pelas mudanças nos comportamentos (Lazarus, 2000)

É possível que dificuldades metodológicas nos estudos analisados por Newell e cols. (2002) expliquem os resultados da revisão sistemática que realizaram sobre intervenções psicológicas em Oncologia. Esses autores relataram que apesar do corpo de literatura construído por mais de 40 anos, o qual inclui mais de 150 estudos randomizados e controlados, não foi possível fazer fortes recomendações sobre a efetividade das intervenções psicológicas em melhorar os resultados obtidos pelos pacientes com câncer. Dentre os resultados do estudo encontram-se: (a) apenas a terapia de grupo pôde ser recomendada por ter benefícios moderados em melhorar o enfrentamento dos pacientes ou suas habilidades de controle. Intervenções envolvendo treino em relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e treino em comunicação merecem estudos futuros antes de serem recomendadas; (b) a maioria dos benefícios no perfil de enfrentamento foi encontrada imediatamente após a intervenção, e nenhum estudo explorou seus efeitos em longo prazo; (c) aconselhamento, seja ou não estruturado, pôde ser recomendado para melhorar o relacionamento interpessoal ou social do paciente; (d) intervenções envolvendo aconselhamento, sejam ou não estruturadas, e imagem guiada puderam ser recomendadas por melhorar o funcionamento geral ou a qualidade de vida dos pacientes; (e) nenhuma intervenção pôde ser recomendada para a redução no nível de *distress* e para tratamento da depressão; (f) musicoterapia pode ser recomendada para a redução do nível de ansiedade; (g) intervenções envolvendo terapia individual, terapia cognitivo-comportamental, treino em habilidades de comunicação, imagem guiada merecem estudos futuros antes de serem recomendadas.

Em sua meta-análise sobre o efeito de intervenções psicológicas sobre a ansiedade e depressão de pacientes oncológicos, Sheard e Maguire (1999) encontraram resultados mais animadores: (a) as intervenções individuais tiveram efeito similar ao treino em relaxamento para reduzir a ansiedade dos pacientes, mas apenas metade do efeito obtido com intervenções em grupo ( $p=0,0076$ ). Para depressão, a diferença entre intervenção em grupo e individual foi pequena, menos quando avaliado o resultado de grupos psicoeducacionais; (b) os estudos com grupo psicoeducacional realizados por Johnson (1982), Telch e Telch (1986) e Fawzy e cols. (1996) tiveram efeito consideravelmente maior do que outras intervenções em grupo ( $p=0,0005$ ), sendo os responsáveis pelo tamanho da diferença entre intervenção individual e em grupo; (c) o tamanho da dose-resposta de intervenções com seis semanas ou menos é marginalmente maior do que de intervenções com mais de seis semanas de duração; (d) o uso de terapeutas mais experientes foi associado a maior efeito ( $p=0,054$ ); (e) apenas quatro dos estudos que examinaram o efeito da intervenção em diferentes pontos tiveram seu efeito

preservado no momento do *follow up*. Concluíram, assim, que intervenções relativamente curtas, porém intensas, realizadas por terapeutas experientes e bem treinados são mais efetivas do que intervenções prolongadas realizadas por terapeutas menos treinados.

O profissional responsável por conduzir o grupo, segundo Yalom (2006), é responsável por criar e reunir o grupo, devendo trabalhar como um guardião, especialmente para prevenir atritos entre os membros. Bechelli e Santos (2005) salientam que o terapeuta deve procurar facilitar a participação e a interação dos membros, de modo que eles possam verbalizar livremente seus pensamentos e emoções. Deve se empenhar em manter o foco das discussões, apoiar os participantes, mediar conflitos e assegurar o cumprimento das regras estabelecidas, tendo um importante papel no desenvolvimento das atividades em grupo.

Rehse e Pukrop (2003) realizaram uma meta-análise que identificou 37 estudos controlados sobre intervenções psicossociais para melhorar a qualidade de vida de pacientes oncológicos adultos. Nesta, os autores encontraram resultados confirmando a hipótese de que as intervenções psicossociais exibem um impacto positivo sobre a qualidade de vida dos pacientes, tendo efeito com tamanho maior do que o relatado nas meta-análises anteriores. As intervenções psicoeducacionais foram mais efetivas do que suporte social, treino em habilidades de enfrentamento e psicoterapia para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, não havendo diferença significativa entre essas outras três modalidades. Informaram também que as intervenções parecem ser mais efetivas para homens do que para mulheres ou amostras mistas, por serem as mulheres usualmente melhor adaptadas psicossocialmente e usarem mais a busca de suporte social. No final, sugeriram que para obter melhoria na qualidade de vida, as intervenções deveriam durar pelo menos 12 semanas, tempo necessário para formar uma relação estável e de confiança entre pacientes e terapeuta, o que difere dos resultados encontrados por Osborn, Demoncada e Feuerstein (2006).

Na meta-análise desenvolvida por Osborn e cols. (2006) sobre intervenções psicossociais – cognitivo-comportamental e psicoeducação - para depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes oncológicos, foi concluído que os resultados moderados nas meta-análises anteriores pode ter ocorrido em função dos estudos investigarem efeitos impróprios para o tipo de intervenção realizada. Os autores indicaram que intervenções utilizando terapia cognitivo-comportamental foram efetivas para o manejo em curto prazo (< 8 meses) da depressão, ansiedade e qualidade de vida, tendo também efeito em longo prazo (> 8 meses) sobre a qualidade de vida. Contrariamente ao que foi encontrado em outros estudos, as intervenções individuais foram mais efetivas do que as realizadas em grupo. Reconheceram

ainda que: (a) terapia cognitivo-comportamental não foi efetiva para o manejo da dor, mas psicoeducação foi efetiva para seu manejo em longo prazo; (c) terapia cognitivo-comportamental, como resolução de problemas, parece ser útil para melhorar depressão e ansiedade; (d) a psicoeducação não teve efeito sobre a qualidade de vida em um dos estudos e não foi avaliado esse efeito nos demais, havendo necessidade de melhor averiguar seus efeitos, pois pode interferir em domínios específicos da qualidade de vida e não no escore global. Justificaram os resultados mais favoráveis do que os encontrados nas meta-análises anteriores pela escolha de estudos com objetivos clínicos específicos e bem delineados. Estes resultados, segundo os autores, também podem refletir a escolha de estudos mais recentes que mostraram maior refinamento no formato das intervenções após as meta-análises anteriores.

Pasquini e Biondi (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções psicológicas utilizadas para pacientes com câncer, nas quais a avaliação da eficácia utilizou escores para depressão. Dos 129 estudos encontrados, apenas 24 mostraram melhoria significativa nos escores para depressão. Segundo os autores, é difícil comparar a efetividade das intervenções pelo uso de diferentes técnicas e diversidade no formato das avaliações dos resultados, pela falta de clareza sobre os procedimentos e pelas dificuldades metodológicas, principalmente entre pacientes oncológicos. A falta de treinamento em psico-oncologia dos psicólogos responsáveis pela intervenção e o inadequado contato entre estes e equipe da oncologia foi outro problema identificado.

Apenas educar os pacientes, a menos que eles sejam providos com sugestões sobre como usar estes conhecimentos para o manejo diário da doença, pode não ajudar no enfrentamento efetivo desta situação. É grande o número de intervenções que apenas focam no ensino de estratégias sem favorecer que os pacientes aprendam a discriminar quais estratégias são mais eficientes e em que contextos poderão utilizá-las. Os pacientes precisam aprender a escolher as estratégias mais adequadas ao seu perfil, como também a discriminar em quais situações determinada estratégia pode ser mais eficaz do que outra. Garantir esse aprendizado, além de facilitar na generalização do que foi aprendido para outros contextos, favorece a independência e o autocontrole dos pacientes (Ridder & Schreurs, 2001).

Existem algumas questões (Baum & Andersen, 2001) sobre as intervenções psicossociais em oncologia que precisam ser mais bem estudadas para o aprimoramento do campo: (a) intervenções psicossociais são efetivas para os pacientes oncológicos?; (b) qual tratamento é mais efetivo, para qual problema, em que circunstâncias, e como a mudança ocorre?

A seguir, serão discutidas intervenções direcionadas à prevenção terciária em oncologia, ou seja, à redução da magnitude dos danos psicológicos em indivíduos já diagnosticados com câncer, as quais visam favorecer a adaptação do paciente à doença e contribuir para melhorar sua qualidade de vida.

### **2.3 - Intervenções psicoeducacionais: caracterização de uma “ferramenta” em Psico-Oncologia**

Dentre as intervenções que vêm mostrando resultados para o auxílio aos pacientes oncológicos, encontram-se: uso de técnicas cognitivo-comportamentais (ex: imaginação guiada/visualização, reestruturação cognitiva), comportamentais (ex: procedimentos de autocontrole, ensaio comportamental), treino em habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em habilidades de comunicação, treino em relaxamento, uso de material educativo, manejo de sintomas, informação/educação (ex: educação em saúde, psicoeducação) e/ou trabalho em grupo suportivo-expressivo. Estas técnicas, como também o uso de suporte emocional associado, quando agrupadas, são denominadas intervenção psicoeducacional e podem ser utilizadas no formato individual ou em grupo (Baum & Andersen, 2001; Holland, 1998; National Cancer Institute, 2008; Osborn & cols., 2006; Sharpe & Curran, 2006; Tope & cols., 1993).

Intervenções em grupo permitem que os pacientes examinem seus medos de uma maneira útil, se sentindo apoiados e compreendidos por estarem juntos a outros indivíduos com problemas similares (Spiegel & Classen, 2000). O grupo terapêutico ajuda os pacientes a aprender que é vantajoso falar sobre suas dificuldades, pois podem obter alívio compartilhando a dor e sendo ouvidos, compreendidos e aceitos pelos outros participantes. Em grupo, o paciente precisa lidar com as interações interpessoais advindas da convivência com os demais participantes, o que facilita que os déficits existentes para o relacionamento interpessoal sejam trabalhados. O ambiente grupal favorece o aparecimento de um contingente maior de experiências, pois nele se reproduzem as situações e interações pessoais cotidianas (Yalom & Modyn, 2006).

No contexto da saúde, dentre os mecanismos que influenciam a efetividade dos resultados da intervenção em grupo, é importante salientar: (a) universalidade (alívio pela invalidação dos sentimentos de singularidade quando outros membros revelam experiências comuns com a doença); (b) altruísmo (é a descoberta de que são importantes para os outros e que têm obrigações para com aqueles de quem desejam receber carinho, sentem que são



necessários e úteis uns para os outros); (c) possibilidade de proporcionar esperança pelo contato com aqueles que já passaram pela mesma situação; (d) compartilhamento de informações (aqui se inclui psicoeducação oferecida pelo terapeuta, como também a troca entre os membros); (e) comportamento imitativo (modelação a partir de aspectos dos outros membros e do terapeuta – é o aprender observando a forma como os outros lidam com seus problemas); (f) aprendizagem interpessoal (desenvolvimento de habilidades sociais); (g) catarse (experiência e expressão de emoções positivas e negativas); (h) coesão (sentimento de pertencimento ao grupo por valorizarem o grupo e sentirem que são valorizados, aceitos e amparados pelos outros membros); (i) incentivo ao apoio externo quanto a manterem relacionamentos construtivos que os ajudem a mudanças positivas (Cade, 2001; Yalom & Leszcz, 2006).

Baum e Andersen (2001) indicam que as intervenções psicoeducacionais em grupo são estruturadas para que o paciente: (a) se sinta menos desamparado e desesperançoso; (b) se torne mais responsável por seu tratamento e tenha boa adesão a este; (c) diminua os sentimentos de alienação ao falar com outros pacientes em situação similar; (d) reduza a ansiedade sobre os tratamentos e a doença; (e) seja esclarecido sobre informações e percepções erradas; (f) diminua o sentimento de isolamento.

As intervenções psicoeducacionais podem ajudar o paciente: (a) aumentando seu conhecimento sobre sua doença e tratamentos; (b) favorecendo seu ajustamento emocional, qualidade de vida e habilidades de enfrentamento adaptativas; (c) propiciando satisfação com o cuidado recebido; (d) colaborando com a saúde física e o ajustamento funcional; (e) reduzindo os sintomas relacionados à doença e tratamentos; (f) melhorando a adesão aos tratamentos tradicionais; (g) favorecendo os indicadores do sistema imunológico; (h) aumentando o tempo de sobrevida ou até a recorrência (Baum & Andersen, 2001; Newell & cols., 2002).

Abaixo estão descritos modelos experimentais de intervenção psicoeducacional, identificados por Baum e Andersen (2001) como os mais utilizados:

Educação em saúde: Consiste em informar o paciente, com linguagem facilmente compreensível, sobre a doença e os tratamentos, medidas preventivas e cuidados necessários. Seu objetivo é prepará-lo para escolher seus caminhos e lutar por uma vida com mais saúde. Estimula-se a busca de estratégias de enfrentamento para os problemas presentes e possíveis em função do diagnóstico (Baum & Andersen, 2001; Fawzy, 1990; L'Abbate, 1994; Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005).

Manejo de estresse: Consiste em ensinar o paciente a identificar as formas de estresse presentes em sua vida e as reações psicológicas, fisiológicas e comportamentais desencadeadas, para, a seguir, ensinar maneiras de eliminar ou modificar o estresse. Podem ser utilizados: treino em resolução de problemas, reavaliação positiva para mudar as atitudes e as percepções sobre o estressor e treino em relaxamento. (Baum & Andersen, 2001; Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer & Schwartz, 1986; Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992; Richardson & cols., 1997; Telch & Telch, 1986; Trask, Paterson, Griffith, Riba & Schwartz, 2003).

Treino em habilidades de enfrentamento (técnicas para resolução de problemas): Consiste em ajudar o indivíduo a compreender a natureza dos problemas vividos e dirigir seus esforços em direção à modificação do caráter problemático da situação, das suas reações, ou os dois. Ensina-se o paciente a relaxar, identificar o problema, ter tempestades de idéias sobre soluções possíveis, selecionar e implementar as soluções identificadas, como também a avaliar se estas foram efetivas para lidar com a situação estressora (Baum & Andersen, 2001; Cain & cols., 1986; Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001; Richardson & cols., 1997; Trask & cols., 2003).

Em seu livro, Brown (2004) oferece diretrizes para a estruturação e implementação de intervenções psicoeducacionais em grupo. Neste, a autora salienta a importância do conhecimento prévio da clientela (ex: idade, nível sócio-cultural, educacional e econômico, ocupação, gênero) para a escolha das estratégias de intervenção e do material a ser utilizado. Porém, nos trabalhos revisados para este estudo não foram encontradas informações sobre como as intervenções foram estruturadas e implementadas. As descrições dos estudos possuem foco nos resultados, sendo difícil identificar o processo para a construção das intervenções, com exceção dos artigos escritos por Todd e cols. (2002) e Roberts, Black e Todd (2002), ambos referentes ao *The Living with Cancer Education Programme*.

Encontram-se retratados abaixo, em ordem cronológica, estudos sobre grupos psicoeducacionais que compuseram as meta-análises e revisões sistemáticas apresentadas no item anterior sobre intervenções psicossociais em Oncologia. Foram escolhidos estudos com: amostra randomizada, intervenção ministrada por psicoterapeutas, delineamento prospectivo e longitudinal e resultados considerados importantes pelas meta-análises e revisões sistemáticas.

No estudo de Cain e cols. (1986), identificado em Newell e cols. (2002) e em Rehse e Pukrop (2003), foram randomizadas 80 pacientes, recém diagnosticadas com câncer

ginecológico. O grupo controle foi composto por 31 pacientes e o programa psicoeducacional por 28. Este foi realizado em grupos de quatro a seis pacientes, durante oito semanas, combinando discussão suportiva, informação, treino em relaxamento, treino em comunicação e treino em habilidades de enfrentamento. Para o programa de oito semanas realizado individualmente entraram 21 pacientes. Imediatamente após a intervenção, apenas as pacientes que participaram do programa individual mostraram significativa redução na ansiedade. Após seis meses, as participantes do programa individual e em grupo mostraram menor depressão e ansiedade, e maior ajustamento a doença quando comparadas ao grupo controle.

Telch e Telch (1986), identificados em Sheard e Maguire (1999) e em Rehse e Pukrop (2003), randomizaram 41 pacientes e encaminharam 13 para um grupo psicoeducacional com seis semanas de duração, 14 para um grupo de suporte não estruturado e 14 tomaram parte do grupo controle. O programa psicoeducacional incluía as seguintes técnicas cognitivo-comportamentais: reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino em relaxamento e treino em habilidades de comunicação. O grupo de suporte utilizava apenas a discussão aberta sobre sentimentos e questões preocupantes. Os resultados, avaliados no período imediatamente após as intervenções, indicaram que os participantes do grupo psicoeducacional mostraram mais melhoria no humor, depressão, vigor, fadiga, distúrbios de humor e nos níveis de auto-eficácia, quando comparados aos participantes do grupo de suporte e do grupo controle. Os participantes do grupo de suporte mostraram melhores escores no humor do que no grupo controle, mas esta diferença ocorreu mais em função da queda nos escores do grupo controle do que por melhoria dos escores dos participantes do grupo de suporte.

Fawzy (1990) – identificado pelas meta-análises realizadas por Sheard e Maguire (1999), Newell e cols. (2002) e Rehse e Pukrop (2003) – estruturou uma intervenção em grupo com seis semanas, para pacientes com melanoma após a cirurgia. Seu objetivo era intervir no nível de *distress* e nas estratégias de enfrentamento dos pacientes. Para este fim, utilizou técnicas de educação em saúde, treino em habilidade de resolução de problemas, manejo de estresse (técnicas de relaxamento) e suporte psicológico. Na linha de base, os 38 pacientes que integraram o grupo foram avaliados com maior nível de *distress* que os demais pacientes com câncer. Logo após a intervenção, os pacientes que participaram demonstraram maior uso de estratégias de enfrentamento ativas e maior vigor do que o grupo controle. Após seis meses, as diferenças ficaram mais acentuadas, com os participantes mostrando

significativamente menor depressão, fadiga, confusão e distúrbios do humor. Também estavam utilizando significativamente mais estratégias de enfrentamento, cognitivas e comportamentais, ativas, indicando que a intervenção foi efetiva para reduzir o *distress* e melhorar a efetividade do enfrentamento. Pasquini e Biondi (2007) relataram que Fawzy (1990) realizou avaliações de *follow up* 10 anos depois da intervenção e verificou que os participantes obtiveram também um aumento no tempo de sobrevivência.

Aderindo à orientação sobre encaminhar para intervenção apenas os pacientes avaliados e identificados com alto risco para morbidade psicológica, Greer e cols. (1992), presentes nos estudos de Newell e cols. (2002) e Rehse e Pukrop (2003), desenvolveram uma intervenção psicoeducacional individual para a qual convidaram 72 pacientes identificados como de risco. Selecionaram pacientes que obtiveram escores elevados para ansiedade, depressão e desesperança, e reduzidos para espírito de luta. A intervenção teve oito semanas de duração, foi estruturada com técnicas cognitivo-comportamentais e focalizou no significado pessoal do câncer para o paciente e suas estratégias de enfrentamento. Entre as técnicas utilizadas estavam: promoção do espírito de luta; instrução para identificar pensamentos negativos automáticos e como mudá-los; treino em estratégias de enfrentamento para lidar com os eventos estressores através de imaginação e *role playing*; encorajamento da busca de atividades prazerosas; estímulo à expressão de sentimentos e à comunicação aberta com o cônjuge; treino em relaxamento muscular progressivo. Comparados ao grupo controle, os participantes da intervenção mostraram significativa melhoria nos escores para ansiedade ( $p= 0,019$ ), desesperança ( $p= 0,009$ ), fatalismo ( $p= 0,004$ ), preocupação ansiosa ( $p= 0,036$ ) e sintomas psicológicos ( $p= 0,056$ ) após dois meses. Após quatro meses, a melhoria continuava significativa para ansiedade ( $p= 0,013$ ) e sintomas psicológicos ( $p= 0,015$ ) e se tornou significativa a redução no *distress* ( $p= 0,007$ ). Sendo assim, concluíram que a intervenção foi efetiva para a redução da morbidade psicológica dos pacientes, e conseqüente melhoria no domínio psicológico da qualidade de vida.

Richardson e cols. (1997), presentes na revisão de Newell e cols. (2002), randomizaram 47 pacientes com câncer de mama primário, e encaminharam: 15 para o atendimento usual, 14 para um grupo de suporte com seis semanas de duração e 16 para um grupo psicoeducacional. A intervenção foi estruturada com relaxamento, respiração diafragmática, imaginação guiada, treino em enfrentamento, reestruturação de crenças, suporte e entrega de fitas com gravações para treino em casa. Encontraram: (a) melhoria na qualidade de vida de todas as participantes; (b) melhoria na busca de suporte e na percepção

de suporte para as participantes de ambas as intervenções; (c) menor nível de estresse, aumento no vigor e melhor qualidade de vida nos domínios funcional e social para as participantes do grupo psicoeducacional. Os resultados demonstraram maiores ganhos para as participantes do grupo psicoeducacional.

Para o estudo de Trask e cols. (2003), que fez parte da pesquisa de Osborn e cols. (2006), os autores desenvolveram uma intervenção para pacientes iniciando tratamento de melanoma. Dos 48 participantes, 23 compuseram o grupo controle e 25 o grupo experimental. A intervenção foi realizada em três encontros semanais de 50 minutos de duração, e composta por treino em relaxamento, reestruturação cognitiva e treino em resolução de problemas. A intervenção não foi efetiva para reduzir o *distress*, mas houve redução no nível de ansiedade e melhoria na qualidade de vida dos seus participantes. Após dois e seis meses, nas reavaliações, a ansiedade dos participantes da intervenção continuou significativamente menor quando comparada ao grupo controle. Houve, ainda, melhoria dos participantes nos domínios saúde geral, vitalidade, funcionamento social e saúde mental, da avaliação da qualidade de vida. Os benefícios encontrados dois meses após a intervenção sofreram redução na avaliação após seis meses. Acreditam que o tempo reduzido de intervenção – três encontros – e o uso de material inadequado, podem ter diminuído os efeitos da intervenção sobre o *distress*.

As intervenções psicoeducacionais podem, segundo Baum e Andersen (2001), ajudar o paciente: (a) aumentando seu conhecimento sobre sua doença e tratamentos (Cain & cols., 1986; Fawzy, 1990); (b) favorecendo seu ajustamento emocional (Cain & cols., 1986; Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992; Richardson & cols., 1997; Telch & Telch, 1986; Trask & cols., 2003); (c) facilitando a adaptação à doença (Cain & cols., 1986; Fukui & cols., 2000; Hosaka, Tokuda & Sugiyama, 2000); (d) melhorando a qualidade de vida (Richardson & cols., 1997; Trask & cols., 2003); (e) favorecendo o uso de habilidades de enfrentamento adaptativas (Cain & cols., 1986; Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992; Fukui & cols., 2000; Richardson & cols., 1997); (f) minimizando o *distress* desencadeado pela doença (Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992); (g) aumentando a percepção de auto-eficácia (Telch & Telch, 1986); (h) propiciando satisfação com o cuidado recebido; (i) colaborando com a saúde física e o ajustamento funcional (Fawzy, 1990; Richardson, Post-White, Grimm, Moye, Singletary & Justice, 1997; Trask, Paterson, Griffith, Riba & Schwartz, 2003); (j) reduzindo os sintomas relacionados à doença e tratamentos; (k) melhorando a adesão aos tratamentos tradicionais; (l) favorecendo

os indicadores do sistema imunológico; (m) aumentando o tempo de sobrevivência ou até a recorrência (Fawzy, 1990).

Em sua revisão sobre as categorias de intervenção mais utilizadas, Fawzy (1999) recomenda o uso de programas psicoeducacionais no momento do diagnóstico e no início do tratamento, sugerindo que no período de recorrência e de tratamento paliativo, intervenções suportivas e menos estruturadas são mais indicadas. Informou que nenhuma estratégia de intervenção isolada teve resultados importantes em qualquer das etapas de tratamento, e reafirmou a importância de conhecer a clientela e as estratégias disponíveis para construir intervenções mais apropriadas às necessidades dos pacientes.

Tatrow e Montgomery (2006) indicaram que nos estudos sobre a eficácia de técnicas cognitivo-comportamentais para pacientes com câncer de mama, 62% das pacientes que integraram os grupos de intervenção tiveram melhores resultados para *distress* se comparadas às do grupo controle.

Os dados são animadores, porém muitos críticos levantam pontos importantes que devem ser observados, como o delineamento metodológico dos estudos, discutido anteriormente, a falta de replicação da intervenção por outros grupos de pesquisa e a inexistência de parâmetros equivalentes de avaliação entre um estudo e outro (Coyne, Lepore & Palmer, 2006; Edelman, Craig & Kidman, 2000). O desenvolvimento de estudos experimentais, bem delineados, sobre a eficácia terapêutica de intervenções psicossociais para pacientes oncológicos identificados como de alto risco para morbidade psicológica, pode ampliar este campo de conhecimento e facilitar o uso de intervenções mais apropriadas pelos profissionais que atuam nesta área.

### Capítulo 3

#### Questões Norteadoras e Objetivos da Pesquisa

Neste capítulo, serão apresentadas as indagações que direcionaram este trabalho de pesquisa desde a sua concepção até seu desfecho, assim como as metas estipuladas para o seu desenvolvimento. A experiência profissional da pesquisadora com pacientes iniciando seu percurso no Serviço de Oncologia - suas necessidades, dificuldades e habilidades - e a revisão de literatura sobre como intervir para auxiliá-los, deram origem às questões que conduziram o presente estudo e ao delineamento da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar”.

Nortearam o estudo as seguintes questões:

- (a) Quais estratégias de intervenção utilizar para compor o grupo psicoeducacional destinado a pacientes oncológicos em fase inicial de quimioterapia?
- (b) Intervenções psicoeducacionais, voltadas para a promoção de estratégias de enfrentamento ativas, podem minimizar o *distress* causado pela doença e favorecer a qualidade de vida deste pacientes?
- (c) A intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar” é eficaz para aquisição de estratégias de enfrentamento adaptativas, redução do nível de *distress* e melhoria da qualidade de vida do participante?
- (d) Como as variáveis – enfrentamento, *distress* e qualidade de vida – correlacionam-se?

Assim sendo, foram traçados os seguintes objetivos gerais para esta pesquisa:

- Sistematizar um programa de intervenção psicoeducacional em grupo para pacientes oncológicos em fase inicial de quimioterapia;
- Avaliar a eficácia do programa do grupo psicoeducacional para promover estratégias de enfrentamento adaptativas, minimizar o *distress* e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Quanto aos objetivos específicos, foram estipulados:

- Identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes antes, imediatamente após e três meses depois da intervenção psicoeducacional em grupo;
- Avaliar os níveis de ansiedade e depressão antes, imediatamente após e três meses depois da intervenção psicoeducacional em grupo;

- Avaliar a qualidade de vida, em seus diferentes domínios, antes, imediatamente após e três meses depois da intervenção psicoeducacional em grupo;
- Investigar a percepção e compreensão dos pacientes sobre sua experiência oncológica, especialmente no que se refere ao enfrentamento, *distress* e qualidade de vida;
- Averiguar a percepção dos pacientes sobre a participação na intervenção psicoeducacional em grupo.



## Capítulo 4

### Método

O objetivo deste capítulo é descrever o caminho percorrido entre o desenvolvimento da intervenção psicoeducacional em grupo – “Aprendendo a Enfrentar” –, o delineamento da pesquisa e a coleta e análise dos dados para a avaliação de sua eficácia terapêutica.

#### 4.1 - Participantes

No mês de março de 2008, nas agendas dos médicos que compõem a equipe do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília – HUB, foram identificados 23 pacientes com primeira consulta prevista para o mês de abril. Após a análise dos prontuários, constatou-se que 14 pacientes não possuíam os critérios de inclusão previamente estabelecidos para o estudo.

- Critérios de inclusão: (1) pacientes adultos; (2) idade entre 18 e 65 anos; (3) sem tratamento quimioterápico ou radioterápico anterior; (4) integrantes da fila de espera para acompanhamento ambulatorial no Serviço de Oncologia; (5) conhecedores do seu diagnóstico; (6) com disponibilidade para vir uma vez por semana ao HUB por um período de seis semanas; (7) consentir em participar da pesquisa.
- Critérios de exclusão: (1) não satisfazer as condições estabelecidas; (2) estar internado; (3) ter outra doença crônica como co-morbidade; (4) estar com doença avançada ou em cuidados paliativos; (5) ser dependente químico ou alcoolista; (6) surdos; (7) história prévia de transtornos psiquiátricos e/ou neurológicos; (8) recusa em participar da pesquisa.

Os nove pacientes que atendiam ao critério de inclusão foram convidados a participar por meio de ligação telefônica, na qual foi explicado brevemente o objetivo do trabalho e realizado o convite para a primeira entrevista. Deste total, uma paciente se recusou a participar em função do seu horário de trabalho. Foram agendadas oito entrevistas para traçar a linha de base. Uma das pacientes, apesar de comparecer para a entrevista, informou que havia recebido alta da oncologia após a revisão dos seus exames e foi retirada da pesquisa. A programação do grupo foi apresentada às sete participantes que ingressaram na pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9). Em função da distância entre o hospital e sua casa, em Paracatu, e pelos dias do grupo não coincidirem com suas

consultas médicas, uma paciente se recusou a participar da intervenção, mas aceitou entrar para o grupo controle.

No primeiro dia do grupo, das seis pacientes que concordaram em participar, apenas quatro compareceram e foi dado início à intervenção. As duas pacientes faltantes foram contatadas para verificar o motivo da ausência. Uma delas havia iniciado a quimioterapia em regime de urgência em função dos resultados de novos exames, os quais indicaram piora da doença. Devido aos efeitos colaterais, preferiu não mais participar, aceitando integrar o grupo controle e ser atendida dentro da rotina do Serviço de Psicologia Oncológica. Esta paciente faleceu dois meses depois em função de complicações do tratamento. A outra paciente referiu dificuldade para vir sozinha ao HUB e indisponibilidade de acompanhantes para trazê-la, aceitando também participar das avaliações seguintes e ser atendida dentro da rotina do Serviço de Psicologia Oncológica.

No segundo dia do grupo, uma das pacientes faltou. Em contato telefônico, assinalou dificuldade para se expressar em grupo e solicitou atendimento individual, o que foi realizado. Neste atendimento, relatou dúvida sobre o seguimento que daria a seu tratamento em função de indicações contraditórias sobre a conduta de tratamento pelos médicos do HUB e os do Hospital de Base do Distrito Federal. Informou que se fosse permanecer no HUB retornaria ao grupo, o que não aconteceu.

Desta forma, participaram efetivamente da pesquisa quatro mulheres com idade entre 51 e 60 anos. Uma paciente se tornou controle e três integraram o grupo experimental. O Quadro 1 apresenta a síntese dos dados sócio-demográficos das participantes.

### **Informações coletadas nos registros dos prontuários**

**S1** – Esta paciente foi diagnosticada em janeiro de 2008, apesar dos sintomas mais graves iniciarem em outubro de 2007. Já apresentava sintomas leves há dois anos, porém não buscou auxílio médico. Teve uma primeira consulta na oncologia no dia 13/02/08, mas foi encaminhada à Proctologia para ressecção cirúrgica. A cirurgia ocorreu em 27/02/08, havendo a amputação do reto e colocação de uma bolsa de colostomia<sup>1</sup>. Retornou em 29/04/08 ao Serviço de Oncologia e novos exames foram solicitados. Em 02/05/08 retornou com os resultados dos exames e foi prescrito seu tratamento quimioterápico com de 5-fluorouracil e

---

<sup>1</sup> Comunicação do intestino com o exterior do abdômen, efetuada cirurgicamente.

cisplatina. O risco de toxicidade para esse esquema de medicação inclui, principalmente, toxicidade hematológica e gastrointestinal (com predomínio de diarreia).

Foi no intervalo entre o primeiro ciclo de quimioterapia e a consulta de retorno, que a paciente passou pela segunda fase da pesquisa.

Na primeira consulta de retorno, após o início da quimioterapia (em 26/06/08), a paciente relatou astenia<sup>2</sup> e hiporexia<sup>3</sup>. Foi, então, orientada que o próximo ciclo ela faria internada.

Em 30/06/08, a paciente fez o segundo ciclo de quimioterapia, retornando para consulta de reavaliação em 17/07/08, quando relatou boa tolerância à medicação.

Em 07/08/08, retornou após o terceiro ciclo com queixa leve de hiporexia e astenia.

Em 21/08/08, retornou após o quarto ciclo sem queixas, sendo liberado o quinto ciclo.

Estava internada para fazer este ciclo, quando foi constatada a progressão da doença e prescrita a suspensão do tratamento para reavaliação das possibilidades de tratamento. Foi logo após o recebimento desta notícia que o *follow up* para a pesquisa foi realizado.

A paciente tem história prévia de câncer na família, com óbito de familiares próximos.

**S2** – Em março de 2006, a paciente percebeu alterações no hábito intestinal e apresentou perda ponderal progressiva. Desde então, apesar da busca por tratamento, não foi diagnosticado o câncer. De novembro de 2007 a janeiro de 2008, a paciente foi diagnosticada com colite alimentar e solicitou aos médicos a realização de uma videocolonosopia, informando que uma irmã faleceu por câncer de intestino. Neste exame foi diagnosticada a neoplasia de cólon. Foi, então, encaminhada ao HUB para avaliação na Coloproctologia.

Em 20/02/08, se submeteu a uma sigmoidectomia<sup>4</sup> e foi encaminhada para a Oncologia, sendo atendida pela primeira vez em 09/04/08. Foi prescrita quimioterapia adjuvante com uso de FOLFLOX 4. Neste protocolo há, principalmente, risco de toxicidade neurológica e hematológica.

---

<sup>2</sup> Falta de capacidade muscular, que ocorre em diversas doenças, principalmente nas crônicas. Pode referir-se apenas ao enfraquecimento das funções de um órgão ou sistema.

<sup>3</sup> Diminuição do apetite.

<sup>4</sup> Ressecção cirúrgica do cólon sigmóide

Esta paciente relatou em 23/04/08, após a primeira quimioterapia, tremores, dores ósseas difusas e mucosite<sup>5</sup> por cinco dias, e seu esquema de quimioterapia foi alterado para diminuir a toxicidade.

Em 16/05/08, retornou se queixando de parestesias<sup>6</sup> nas mãos, desencadeadas por estímulos frios, e insônia. Foram liberadas, então, as 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semanas do primeiro ciclo.

Retorna em 20/06/08 para consulta médica, após finalizar o primeiro ciclo, e não apresenta queixa de novas intercorrências. O médico libera as 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> semanas do segundo ciclo. Neste mesmo dia a paciente passou pela segunda fase da pesquisa.

Em 11/07/08, relata astenia e parestesia. O médico libera as 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semanas do segundo ciclo.

Em 20/08/08 relata parestesia em membros inferiores e superiores, sem interferência nas atividades diárias, e tremores nos membros superiores. Houve toxicidade neural e as doses do terceiro ciclo foram reduzidas.

Retorna em 10/09/08, com melhora das parestesias, mas ainda com queixa de vertigem<sup>7</sup> acentuada. É liberada a última parte do terceiro ciclo e agendado retorno em dois meses para exames. Foi neste dia que o *follow up* para a pesquisa foi realizado.

A paciente possui história prévia com câncer na família, com óbito de uma irmã por câncer de intestino.

**S3** – Em setembro de 2007, percebeu o nódulo em sua mama direita, buscou auxílio médico e foi encaminhada à Mastologia do HUB. Em dezembro, após a investigação diagnóstica, foi confirmado o câncer de mama. Em 07/02/08, se submeteu a mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar e foi encaminhada para a oncologia, sendo a sua primeira consulta em 07/04/08, na qual foi prescrita quimioterapia adjuvante com uso de FAC. Neste esquema predominam o risco de toxicidade gastrointestinal, hematológica, cardíaca e dermatológica, sendo a alopecia muito freqüente. Esta medicação é aplicada em ciclos de 21 em 21 dias.

Em 28/04/08, a paciente retornou queixando de diarreia, náuseas e vômitos. Foi liberado o segundo ciclo.

---

<sup>5</sup> Inflamação da mucosa bucal

<sup>6</sup> Sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão, etc.) que são vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação.

<sup>7</sup> Sensação de movimento oscilatório ou giratório do próprio corpo ou do entorno com relação ao corpo.

**Quadro 1.** Dados sócio-demográficos das participantes (N=4).

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Situação conjugal	Nº de filhos	Reside com	Ocupação	Situação laborativa	Religião	Diagnóstico e tratamento
S1	Fem.	51	1º grau incompleto	Casada há 31 anos	2 filhas	Marido Pai	Costureira	Queda de produção	Evangélica	Neoplasia de canal anal IV Cirurgia e colocação de bolsa de colostomia em fevereiro de 2008
S2	Fem.	60	Superior completo	Separada há 16 anos	2 filhas	Sozinha	Professora	Aposentada	Católica	Neoplasia de sigmóide estágio II + invasão muscular Ressecamento cirúrgico em fevereiro de 2008
S3	Fem.	49	1º grau completo	Solteira	2 filhas	Irmã	Doméstica	Inativa	Católica	Carcinoma ductal infiltrante na mama direita: 4,2 X 4,0 cm + invasão linfática Mastectomia radical modificada + esvaziamento axilar em fevereiro de 2008
S4-C Controle	Fem.	53	1º grau completo	Casada	3 filhas 1 filho	Marido Filhos	Atividade Rural	Inativa	Espírita	Adenocarcinoma Moderadamente diferenciado de ovário. Automia D + ooforectomia em janeiro de 2008
Idade média:		53,25								

Retorna em 19/05/08, queixando-se de náuseas e vômitos por quatro dias após a quimioterapia, mesmo com uso de medicação anti-emética. O terceiro ciclo foi liberado.

Em 09/06/08, queixa-se de cefaléia eventual e dor no membro superior esquerdo após a última quimioterapia. Recebeu orientações e foi liberado o quarto ciclo.

No dia 26/06/08, a paciente foi reavaliada na segunda fase da pesquisa.

Em 30/06/08, retornou para consulta médica, queixando de dor náuseas e vômitos por 14 dias após a quimioterapia, mesmo com uso de medicação anti-emética. Não foi liberado o quinto ciclo e retornou em uma semana para reavaliação. Em 07/07/08, como não houve novas queixas e a paciente melhorou de uma gripe, foi liberado o quinto ciclo.

Em 28/07/08, relata dor no membro superior esquerdo após a quimioterapia, mas melhora dos fogachos<sup>8</sup>, antes não mencionados no prontuário. É liberado o sexto e último ciclo, e agendado seu retorno para dois meses depois. Foi realizado o *follow up*, antes de sua consulta de retorno, mas após o sexto ciclo.

A paciente relata história prévia com câncer na família, com óbito de uma irmã por leucemia.

**S4-C** – Em 2005, a paciente começou a sentir dor no hipocôndrio direito, de fraca intensidade, que piorava com atividade física, e teve infecções urinárias de repetição. Desta data até 2008, esses sintomas continuaram e apresentou ainda anemia e diarreia. Neste período, os médicos de Paracatu, trataram apenas seus sintomas sem diagnosticar a doença. Em janeiro de 2008, foi realizada uma tomografia de abdômen, por solicitação da paciente já insatisfeita com o prolongamento do mal-estar. Encontraram evidências de lesão intestinal, e marcaram uma videocoloscopia<sup>9</sup>, na qual diagnosticaram a neoplasia. Em 18/01/08 se submeteu à ressecção cirúrgica da lesão e foi orientada a procurar tratamento oncológico em uma cidade maior.

Em março de 2008, foi encaminhada para fazer seguimento na Coloproctologia e na Oncologia. Em 02/04/08, teve sua primeira consulta na Oncologia, na qual se queixou de dor abdominal. Foi prescrita quimioterapia adjuvante com FLOX, que possui risco de toxicidade neurológica e hematológica, sendo liberada as 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> semanas do primeiro ciclo.

---

<sup>8</sup> Súbita sensação temporária de calor, predominantemente vivenciada por algumas mulheres durante a menopausa.

<sup>9</sup> Exame da superfície interna do cólon, mediante o uso de equipamento de vídeo.

Retorna em 23/04/08, com boa tolerância à quimioterapia, mas queixa-se de dor na região lombo-sacro da coluna. Liberadas 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semanas do primeiro ciclo.

Em 21/05/08, retorna sem intercorrências após o primeiro ciclo e com a toxicidade bem controlada com uso de anti-eméticos. Liberadas as 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> semanas do segundo ciclo.

Em 12/06/08, queixa-se de parestesia de membros superiores e dores em membros inferiores. O médico libera as 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semanas do segundo ciclo. Neste dia, é realizada a avaliação da segunda fase da pesquisa.

Retorna em 10/07/08, com boa tolerância à quimioterapia e são liberadas as 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> semanas do terceiro ciclo.

Em 07/08/08, relata cólica abdominal, náuseas e astenia. Estava se alimentando bem e ganhou peso. Liberada a etapa final do terceiro ciclo e agendado retorno para reavaliação da doença.

Em 11/09/08, volta sem novas queixas, mas sem os exames prontos. Foi solicitada uma ressonância magnética da coluna a fim de avaliar as dores lombares referidas. Neste dia é realizado o *follow up* da pesquisa.

Em 16/10/08, já com os resultados dos exames em mão, queixa-se de parestesia de mãos e pés, constipação intestinal e astenias. Seu caso foi discutido pela equipe médica e em 30/10/08 foi informada que as dores não eram em função de neoplasia. Nesta consulta já encontrava-se clinicamente estável, com melhora progressiva da parestesia e sem dor.

Relata que não há história prévia de câncer na família.

#### **4.2 – Local**

A pesquisa foi realizada com os pacientes adultos do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), o qual cedeu uma sala para a realização do grupo de intervenção. O HUB é uma entidade universitária pública vinculada à Universidade de Brasília (UnB) que funciona como um hospital geral de nível secundário/terciário.

A Oncologia Clínica dispõe atualmente de cinco oncologistas e dois hematologistas, que prestam assistência em ambulatório e enfermaria. A central de quimioterapia possui 20 cadeiras para a administração de quimioterápicos, e a radioterapia está em implantação. No setor de emergência, que está momentaneamente desativado, 30% dos atendimentos são prestados ao paciente oncológico já matriculado no HUB, incluindo dentre estes os pacientes que precisam de assistência em função de efeitos colaterais da

quimioterapia. Este serviço conta, ainda, com uma equipe de suporte composta por uma assistente social, duas nutricionistas, um fisioterapeuta, duas psicólogas e uma farmacêutica.

O Serviço de Oncologia está em fase de reestruturação para a implementação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que tem como missão prestar assistência de qualidade e humanizada aos portadores de neoplasias, buscando atender aos pacientes do Distrito Federal (DF) e regiões, de acordo com os protocolos de tratamento mais atualizados. Deverá atuar visando o diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes, como também desenvolvendo atividades ligadas ao ensino, pesquisa e treinamento na área de oncologia. O CACON do HUB disporá de recursos para tratamentos especializados nas áreas ligadas à cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia para adultos.

O Serviço de Oncologia do HUB, entre os meses de fevereiro e novembro de 2008, segundo levantamento estatístico do próprio serviço, atendeu 299 pacientes, perfazendo uma média de: (a) 20 novos pacientes/mês; (b) 298,8 consultas/mês; (c) 109,1 pacientes em quimioterapia/mês. A Tabela 1 detalha esses dados, trazendo o número de pacientes atendidos por sítio de neoplasia neste período.

**Tabela 1.** Distribuição do número de pacientes por sítio de neoplasia.

<b>SÍTIO NEOPLASIA</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
Mama	69	23
Cólon/reto	37	12
Pulmão	34	11
Cabeça e pescoço	31	10
Estômago	29	10
Ovário	23	8
Colo uterino	16	6
Esôfago	10	3
Próstata	08	3
Melanoma	06	2
Primário desconhecido	06	2
Endométrio	04	1
Outros	27	9
Total	299	100

Foi este momento de mudança e aprimoramento do Serviço de Oncologia que instigou o desenvolvimento de novos formatos de intervenção psicológica e facilitou a colaboração da equipe com as atividades propostas ao longo da pesquisa.



### 4.3 – Instrumentos

Para investigar a eficácia da intervenção psicoeducacional em grupo “Aprendendo a Enfrentar” foram utilizados instrumentos que avaliassem as estratégias de enfrentamento, o nível de *distress* e a qualidade de vida dos pacientes participantes da pesquisa em três diferentes fases. Também foram utilizados um roteiro de entrevista e um questionário diretivo, descritos a seguir.

#### 4.3.1- Escala de Modos de Enfrentamento – EMEP

Foi utilizada a versão auto-aplicável (Anexo 1) da Escala de Modos de Enfrentamento, desenvolvida por Vitaliano e cols., adaptada por Gimenes e Queiroz (1997) à população brasileira e analisada fatorialmente por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Esse instrumento foi escolhido por ser uma escala recente e validada no Brasil, adequada à população com patologias crônicas. No estudo para compor sua estrutura fatorial, uma das amostras pesquisadas foi composta por pacientes crônicos que consideraram o problema de saúde como fator estressor.

Concebida com base no modelo interativo de estresse, esta escala procura avaliar quais estratégias cognitivas e/ou comportamentais o indivíduo está utilizando para enfrentar um estressor específico. A escala possui quatro fatores que expressam crenças e comportamentos para lidar com os eventos estressores. Estes fatores ficam dispersos em 45 itens (após a análise de Seidl & cols., 2001) a serem respondidos em escala tipo *Likert* de cinco pontos (1= Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre). O perfil de enfrentamento do paciente é traçado através das médias dos escores obtidos em cada fator.

(1) Enfrentamento focalizado no problema (18 itens,  $\alpha = 0,84$ ). São estratégias utilizadas para o manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. Em geral, são estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor (Seidl & cols., 2001).

(2) Enfrentamento focalizado na emoção (15 itens,  $\alpha = 0,81$ ). São estratégias que focam na regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse (Seidl & cols., 2001).

(3) Busca de prática religiosa/ pensamento fantasioso (7 itens,  $\alpha = 0,74$ ). São estratégias que envolvem pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema. Agregam-se neste fator os itens referentes a pensamento fantasioso/desiderativo e um item relacionado ao comportamento de esquiva da situação no plano cognitivo (Seidl & cols., 2001).

(4) Busca de suporte social (5 itens,  $\alpha = 0,70$ ). Estratégias que envolvem a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como forma de enfrentar a situação estressora (Seidl & cols., 2001).

Ao final do instrumento há uma questão aberta, de resposta opcional, com a finalidade de identificar outras estratégias de enfrentamento que possam estar em uso pelo paciente. Neste estudo, a questão correspondeu a “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com o câncer e seus tratamentos?”.

#### **4.3.2 - Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref)**

Foi utilizada a tradução para o português do instrumento elaborado pela OMS e validado para a população brasileira por Fleck e cols. (2000), com 26 itens (Anexo 2). Este instrumento foi escolhido por ser um instrumento genérico e curto para aferição de qualidade de vida, havendo menor ênfase na incapacidade física, limitações ou sintomas ocasionados pela enfermidade. Esta escolha objetivou diminuir a influência das mudanças físicas, que poderiam acontecer com o início da quimioterapia, sobre os resultados obtidos ao longo da pesquisa.

Na validação deste instrumento, emergiram quatro domínios e suas respectivas facetas, que correspondem às questões utilizadas para compor cada um deles.

(1) Domínio físico (7 itens/facetadas,  $\alpha = 0,84$ ). Corresponde à percepção do paciente sobre a sua condição física.

(2) Domínio psicológico (6 itens/facetadas,  $\alpha = 0,79$ ). Refere-se à percepção do paciente sobre a sua condição afetiva e cognitiva.

(3) Domínio relações sociais (3 itens/facetadas,  $\alpha = 0,69$ ). Abrange à percepção do paciente sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida.

(4) Domínio meio ambiente (8 itens/facetos,  $\alpha = 0,71$ ). Corresponde à percepção do paciente sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente no qual vive.

O WHOQOL-*bref* foi capaz de discriminar por ocasião da sua validação para a população brasileira, os pacientes dos indivíduos-controles nos domínios 1 (físico), 2 (psicológico) e 4 (meio ambiente), alcançando neste último um nível de significância limítrofe ( $\alpha=0,06$ ). Já para o domínio 3 (relações sociais), não apresentou capacidade de discriminação entre os pacientes e os controles. Fleck e cols. (2000) explicam que esses dados diferem dos obtidos no estudo multicêntrico realizado para o desenvolvimento do instrumento breve, no qual houve significativa capacidade de discriminação em todos os domínios. O domínio 3 é representado no instrumento pelo menor número de facetos e conseqüentemente pelo menor número de questões, o que pode deixar este fator, do ponto de vista psicométrico, como um domínio menos estável. Além disso, o domínio 3 não teve uma contribuição significativa para explicar a variância observada na faceta geral de qualidade de vida.

#### **4.3.3 - Psychological Screening Tool for Cancer Patients (PSCAN)**

Foi utilizada a adaptação para o português do instrumento desenvolvido por Linden e cols. (2005) com o objetivo de avaliar *distress* em pacientes com câncer. Este instrumento (Anexo 3) ainda não foi validado para a população brasileira, mas devido à falta de instrumentos validados para avaliar *distress* em pacientes oncológicos na época da coleta de dados para a pesquisa, optou-se por seu uso.

Para o desenvolvimento desta ferramenta, os autores focalizaram nos conceitos psicológicos que são particularmente críticos para pacientes com câncer, como ansiedade e depressão, como também em medidas que caracterizassem aspectos mais positivos da vida, como suporte social e qualidade de vida.

Os autores destacam que o *screening* ou triagem para *distress* requer ferramentas rápidas, aceitáveis pelos pacientes e pela equipe, com baixo custo para a instituição e suficientemente simples para serem acessíveis ao maior número de pacientes. Para validar o PSCAN, seus resultados foram comparados aos instrumentos, já validados para esta população, *Hospital Anxiety and Distress Scale* – HADS e O *ENRCHD Social Support Instrument* – ESSI. Seu potencial para detectar o *distress* nesta população foi confirmado, mas Linden e cols. (2005) chamam a atenção para uma possível limitação em sua sensibilidade para avaliar mudanças comportamentais após intervenções, sugerindo ser importante o uso paralelo de ferramentas mais sensíveis, se for esta a finalidade. Referem,

ainda, que o PSCAN poderia ser utilizado sozinho ou de forma complementar em uma bateria de avaliação. Para a presente pesquisa o instrumento foi traduzido para o português, sendo realizada análise semântica dos termos utilizados e tradução reversa.

O instrumento possui 21 itens, divididos em seis domínios:

(1) Suporte social total (5 itens) – Avalia os suportes informal, instrumental e emocional disponíveis para o paciente. Para este domínio, não foi computada a consistência interna, pois cada item foi desenhado para um aspecto diferente da dimensão suporte social, e o método de pontuar usando sim/não dificultou a análise da variabilidade no item.

Os itens devem ser respondidos com sim ou não, computando um ponto para a cada resposta sim, que significa presença de suporte social. O escore máximo neste domínio é cinco pontos. Seus escores durante a validação foram bastante estáveis entre o teste e o re-teste, após dois meses.

(2) Suporte social desejado (1 item) – Avalia quanto suporte o paciente deseja receber. Para este domínio também não foi computada a consistência interna, pois é formado por apenas um item, que contém uma escala de 0 a 10 (“não, nunca” até “sempre”), o que permitiu variabilidade nesta categoria.

Linden e cols. (2005) salientam que, aparentemente, o suporte social apenas é útil quando também é desejado, sendo necessária a avaliação conjunta do suporte social total e do desejado. Elevados escores significam elevada necessidade de suporte social.

(3) Qualidade de vida percebida (2 itens,  $\alpha = 0,89$ ). Utilizando perguntas, que não fossem fortemente relacionadas às especificidades do câncer e a seus tratamentos, os autores procuraram avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de forma mais genérica para, assim, poderem utilizar o mesmo instrumento com pacientes em diferentes estágios da doença. O escore máximo neste domínio é 20 pontos.

Os escores são computados em uma escala de 0 a 10 (“muito ruim” a “excelente”), permitindo a variabilidade nessa categoria. Os escores neste domínio, durante a validação do PSCAN por Linden e cols. (2005), mostraram menor estabilidade, embora continuassem moderadamente altos.

(4) Qualidade de vida em dias (3 itens,  $\alpha = 0,79$ ). Avalia o mal-estar físico e psicológico, assim como o prejuízo em dias ruins que este mal estar pode ter causado. Era solicitado que o paciente informasse quantos dias ruins ele teve nos últimos 30 dias em cada uma

dessas facetas. Também neste domínio, os escores, durante a validação, mostraram menor estabilidade, embora continuassem moderadamente altos.

Para padronizar os resultados e evitar dados que informem a falta de qualidade da vida no lugar de presença desta, como ocorre no instrumento traduzido, os escores foram revertidos, no momento da correção do instrumento, em dias sem prejuízos. O escore máximo para este domínio é 90 pontos, já para suas subcategorias é 30, e quanto maior a pontuação, de acordo com o padronizado para a presente pesquisa, melhor a qualidade de vida percebida.

(5) Ansiedade (5 itens,  $\alpha = 0,83$ ). Esta variável é considerada pelos autores diretamente relacionada ao nível de *distress*. Foi avaliada por escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = de modo nenhum; 2 = um pouco; 3 = apenas moderadamente; 4 = completamente; 5 = demais), e seus escores variam de 5 a 25. Este domínio mostrou menor estabilidade durante a validação do instrumento, embora continuasse com escores moderadamente altos.

Linden e cols. (no prelo) estabeleceram escores de corte para indicar a necessidade de intervenção junto à população com câncer: (a) para ansiedade sub-clínica, escore igual ou maior que oito, o qual corresponde à média 1,6 (sensibilidade= 79%; especificidade= 83%); (b) para desordem de ansiedade, um escore igual ou maior que 11, o qual corresponde à média 2,2 (sensibilidade= 92%; especificidade= 98%).

(6) Depressão (5 itens,  $\alpha = 0,79$ ). Este domínio também foi considerado pelos autores diretamente relacionado ao nível de *distress*. Foi avaliado por escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = de modo nenhum; 2 = um pouco; 3 = apenas moderadamente; 4 = completamente; 5 = demais), com escores variando entre 5 e 25. Este domínio, assim como a ansiedade, se mostrou com menor estabilidade durante a validação do instrumento, embora continuasse moderadamente alto.

Linden e cols. (no prelo) estabeleceram para este item os seguintes escores de corte para indicar a necessidade de intervenção: (a) para depressão sub-clínica, um escore igual ou maior que oito, o qual corresponde à média 1,6 (sensibilidade= 89%; especificidade= 76%); (b) para desordem depressiva, um escore igual ou maior que 11, o qual corresponde à média 2,2 (sensibilidade= 100%; especificidade= 86%).

Os autores consideram com necessidade de acompanhamento: (a) pacientes com elevados escores para ansiedade/depressão, independentemente da avaliação do suporte social; (b) pacientes com moderado aumento na ansiedade/depressão, porém isolados

socialmente; (c) pacientes, independentemente dos outros escores, que apresentem elevada pontuação no item 19, referente à tentativa de suicídio.

#### **4.3.4 - Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada**

Foi elaborado um roteiro de entrevista (Anexo 4) com o intuito de coletar dados que possibilitem uma compreensão mais ampla sobre os seguintes eixos: (a) história da doença/diagnóstico; (b) significado pessoal do câncer e seus tratamentos; (c) suporte familiar e social; (d) comunicação com a equipe médica; (e) estratégias de enfrentamento; (f) *distress*; (g) prejuízos físicos e psicológicos; (h) percepção de auto-eficácia; (i) expectativas sobre a intervenção psicológica; (j) dados sócio-demográficos. A escolha pelo uso desse roteiro teve o objetivo de complementar os dados coletados com os demais instrumentos, buscando apreender estratégias de enfrentamento e indicadores de *distress* e qualidade de vida não avaliados por estes.

#### **4.3.5 - Questionário Diretivo**

Para esta pesquisa, foi elaborado um questionário diretivo (Anexo 5), utilizado ao final do último encontro do programa de intervenção em grupo psicoeducacional, com o objetivo de coletar dados referentes à percepção das pacientes sobre o trabalho realizado no grupo. Portanto, foi aplicado apenas às participantes da intervenção.

A fim de diminuir o impacto da desajustabilidade social, as respostas foram anônimas e as pacientes foram informadas pela pesquisadora que suas críticas seriam importantes. Foi enfatizando o papel das respostas das pacientes para o aprimoramento profissional da pesquisadora e para a melhoria da intervenção quando fosse utilizada para outros pacientes.

### **4.4 – Procedimentos para Coleta de Dados**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília, sob o registro 147/07 (Anexo 6).

O PSCAN e o EMEP já estavam em uso pela pesquisadora em sua rotina de trabalho, como também o roteiro de entrevista é similar ao utilizado na primeira consulta do paciente no Serviço de Psicologia Oncológica do HUB. O WHOQOL já havia sido utilizado pela pesquisadora em outro contexto de pesquisa. Assim, não foi necessário treinamento para o uso dos instrumentos selecionados.

Em função da dificuldade que os pacientes acompanhados no Serviço de Psicologia Oncológica do HUB demonstram ao responder a PSCAN e a EMEP na forma auto-aplicável, decidiu-se por utilizar a aplicação assistida dos instrumentos.

Os pacientes selecionados para a pesquisa foram convidados através de contato telefônico a participarem de uma primeira entrevista. Neste contato, a pesquisadora se apresentou e discorreu brevemente sobre os objetivos da pesquisa, a forma como foram selecionados e a programação da intervenção. Informou, ainda, que, em caso de recusa, não haveria nenhum prejuízo para seu acompanhamento médico e psicológico no HUB. Para os pacientes que concordaram em participar, foi agendada a primeira entrevista. Esta ocorreu no mesmo dia da primeira consulta médica no Serviço de Oncologia, após o paciente ser informado pelo médico responsável qual a programação para o seu tratamento.

Vale ressaltar que os pacientes chegam ao Serviço de Oncologia já com o diagnóstico de câncer. Sua consulta apenas é agendada mediante a apresentação do resultado da biópsia e de um encaminhamento médico que solicite avaliação, acompanhamento e prescrição da conduta de tratamento. Cada paciente entrega estes documentos e entra em uma fila de espera para a primeira consulta. Ao abrir vaga, recebem uma ligação informando o dia da primeira consulta.

Para acompanhar e registrar as situações relativas à intervenção e as reações das pacientes em cada encontro, foi mantido um diário de campo (Anexo 7).

#### **4.4.1 – Avaliação e aplicação do programa de intervenção “Aprendendo a Enfrentar”**

A pesquisa foi dividida em três fases distintas, descritas a seguir.

##### **FASE 1- TRAÇANDO A LINHA DE BASE (LB)**

Na primeira entrevista, antes de iniciar a aplicação do roteiro, foi reiterado aos pacientes o conteúdo da pesquisa, o cronograma da intervenção (Anexo 8) e a possibilidade de desistência a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9) foi entregue, lido em conjunto e tendo suas eventuais dúvidas esclarecidas. No caso de recusa ou impossibilidade de participar da intervenção, a paciente foi questionada sobre a possibilidade de participar como controle (“base para comparação”) e, aceitando o convite, assinava um segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a assinatura do Termo de Consentimento, o paciente foi avaliado utilizando o roteiro de entrevista, o que durou um tempo médio de 50 minutos, para, a seguir, responder

à bateria de instrumentos, apresentando estes na seguinte ordem: (1) PSCAN; (2) EMEP; (3) WHOQOL. Esta ordem foi mantida ao longo das demais fases. A aplicação dos instrumentos durou em média 40 minutos.

## FASE 2 – INTERVENÇÃO

A intervenção foi baseada no referencial teórico-metodológico da Psicologia da Saúde e elaborada de acordo com os fundamentos dos grupos psicoeducacionais em saúde. Ocorreu em encontros semanais, focais e diretivos, com duas horas de duração, utilizando técnicas específicas para desenvolver cada um dos objetivos.

O grupo foi conduzido pela pesquisadora, contando em dois encontros com a participação de uma auxiliar de pesquisa. A pesquisadora, para elaborar a intervenção, se baseou em sua experiência profissional atendendo a população de pacientes oncológicos do HUB, como também na revisão de literatura sobre o tema.

Mais adiante, há uma descrição sucinta da intervenção realizada:

**Sessão 1 - Compreendendo o câncer e seus tratamentos:** Foi realizada uma dinâmica de apresentação, para favorecer a comunicação e acolher os sentimentos das pacientes. Logo após, procurando aumentar o conhecimento das participantes sobre a doença e o tratamento quimioterápico, foi ministrada uma palestra pelo médico residente. O convite de um médico foi realizado para facilitar o contato entre a equipe médica e as pacientes, trabalhar aspectos da comunicação entre estes durante o tratamento, assim como para que fossem fornecidas informações respaldadas pela equipe médica. Em seguida, houve uma discussão entre pares sobre o que aprenderam e as reações emocionais desencadeadas diante das informações. Procurou-se favorecer uma adequada assimilação das informações e verificar as possíveis dificuldades emocionais. No final, foi ensinada uma técnica de relaxamento utilizando visualização guiada e respiração diafragmática, ao som de música ambiente durante o procedimento.

**Sessões 2 e 3 - Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos:** Foi ministrada uma palestra pela pesquisadora, visando ensinar conceitos que favorecessem a compreensão do que são as emoções, de como as pessoas reagem ao meio em que vivem e como podem modificar seus comportamentos. Houve treino em auto-observação e auto-monitoramento para que aprendessem a acompanhar e analisar as reações emocionais e comportamentais relacionadas ao contexto de doença e tratamento. Para facilitar o manejo de dificuldades percebidas, houve discussão entre pares, seguida de



treino em resolução de problemas e habilidades de enfrentamento. Ao final dos dois encontros, ocorreu treino em relaxamento ao som de música ambiente – na sessão 2 houve treino em relaxamento muscular progressivo, enquanto na sessão 3 o treino foi em relaxamento utilizando visualização guiada e respiração diafragmática.

**Sessão 4 - Comunicando preocupações e sentimentos:** O encontro teve início com uma discussão entre pares, na qual buscou-se levantar as dificuldades de comunicação das participantes. Foram abordadas as dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, com familiares, com sua rede de suporte social e com a sociedade em geral. A partir das dificuldades relatadas, foram elaborados e realizados ensaios comportamentais, assim como os contextos relacionados às dificuldades relatadas foram reavaliados e ressignificados com a participação conjunta de todas as pacientes. Após os ensaios comportamentais e a discussão entre pares, foram apresentadas imagens do sistema imunológico atacando uma célula de câncer e o mecanismo de ação do sistema imunológico foi explicado em linguagem acessível. Essas imagens e explicações foram utilizadas para compor o treino em relaxamento com respiração diafragmática e imaginação guiada, realizado ao som de música ambiente.

**Sessões 5 e 6 - Manejando problemas emocionais e físicos:** No encontro 5, foi realizada uma revisão do conteúdo trabalhado ao longo dos demais encontros, procurando verificar dificuldades, ressignificar o contexto e intervir no sentido de validar as emoções desencadeadas e promover mudanças comportamentais. Este encontro foi conduzido utilizando-se de técnica suportivo-expressiva. No encontro 6, a pesquisadora ministrou uma palestra sobre o uso de técnicas para resolução de problemas, após a qual foi realizado o treino em habilidades de enfrentamento e resolução de problemas dentro do contexto da doença e tratamentos. Para o encerramento da intervenção, houve uma dinâmica de grupo onde as participantes puderam reforçar positivamente os comportamentos adaptativos percebidos umas nas outras. Neste momento, foi entregue um manual contendo a revisão dos pontos principais trabalhados ao longo da intervenção, com o objetivo de favorecer a continuidade da aprendizagem e fornecer material de suporte para posterior leitura e revisão do temas trabalhados em grupo. Após, as imagens do sistema imunológico atacando uma célula de câncer foram reapresentadas e houve repetição do treino em relaxamento com imaginação guiada, ao som de música ambiente. No final do encontro, houve uma confraternização para encerramento das atividades.

Os seis encontros foram realizados entre os meses de maio e junho, apesar da estrutura inicial prever quatro encontros. A descrição mais detalhada da intervenção e do trabalho realizado junto às pacientes encontra-se no diário de campo (Anexo 7). No Quadro 2 encontra-se a descrição das técnicas utilizadas ao longo da intervenção.

Após a intervenção, o serviço de psicologia oncológica foi deixado à disposição de todas, como também o telefone da pesquisadora.

Nas semanas seguintes ao último encontro, as participantes do grupo “Aprendendo a Enfrentar” e a paciente que participou da pesquisa como controle, foram agendadas, por telefone, para a reavaliação. Foram utilizados os mesmos instrumentos que compuseram a fase 1 e uma breve entrevista, utilizando parte dos eixos propostos para o roteiro de entrevista (Anexo 4) para coletar informações sobre: (a) andamento do tratamento; (b) situações vivenciadas neste período; (c) reações emocionais e comportamentais; (d) suporte social.

### FASE 3 - *FOLLOW UP*

Três meses após a segunda avaliação, as pacientes foram agendadas, por meio de ligação telefônica, para a última entrevista. Os mesmos instrumentos já utilizados foram reaplicados e uma entrevista breve questionou sobre: (a) andamento do tratamento; (b) situações vivenciadas neste período; (c) reações emocionais e comportamentais; (d) suporte social; (e) mudanças comportamentais percebidas; (f) avaliação dos benefícios do grupo neste período.

**Quadro 2.** Descrição sucinta das técnicas utilizadas ao longo dos encontros.

<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Encontros</b>
Educação em saúde (Baum & Andersen, 2001; L'Abbate, 1994; Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005)	Campo de práticas que ocorrem no nível das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário. Inicialmente voltada para a finalidade de prevenir doenças, esta técnica tem, atualmente um enfoque desvinculado do modelo biomédico de saúde. Estimulam-se os participantes a encontrarem estratégias de enfrentamento para os problemas desencadeados pela doença e seus tratamentos	Informar, esclarecer e orientar sobre o câncer e o tratamento quimioterápico para facilitar o manejo dos estressores presentes neste contexto.	1, 2 e 3
Imaginação guiada/ visualização (Cabete, Cavaleiros & Pinteus, 2003; Carlson & Bultz, 2008; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001)	Envolve o engajamento no processo de imaginação para criar uma experiência sensória e alcançar um objetivo clínico. Este objetivo pode ser específico, tal como estimular o funcionamento imunológico, ou mais geral, como promover bem-estar físico e psicológico. É frequentemente combinada com relaxamento passivo ou progressivo. Enquanto o paciente foca sua atenção em pensamentos ou imagens não relacionadas ao <i>distress</i> , como lugares ou atividades prazerosos, o psicólogo introduz sugestões de calma e bem-estar.	Oferecer uma ferramenta que auxilie a regulação emocional e o manejo de estresse, como também o uso de imagens para estimular o funcionamento do sistema imunológico contra o câncer.	4, 5 e 6
Procedimentos de autocontrole (Caballo, & Buela-Casal, 1996; Milan & Mitchell, 1996; Tourinho, 1993)	Procedimentos com o objetivo proporcionar um conjunto de habilidades que permita que o indivíduo controle tanto quanto possível os comportamentos que lhe são problemáticos, ou seja, que permita modificação comportamental. Seus componentes são: (a) ensinar ao paciente o papel das contingências em seus problemas atuais; (b) treino em auto-observação, auto-avaliação e auto-registro; (c) treino nos fundamentos da solução de problemas; (d) modelação através de reforçamento diferencial das habilidades manifestadas. As técnicas de autocontrole exigem que o indivíduo seja capaz de manipular variáveis das quais seu comportamento é função, a partir do momento em que é capaz de descrever a relação funcional entre ambos e de identificar contingências que o levaram a formular regras para manipulá-los	Trabalhar o autoconhecimento e a auto-observação, ampliando a capacidade de discriminação entre as contingências a fim de favorecer mudanças adaptativas de comportamento no contexto da doença.	2 e 3
Psicoeducação (Caballo, & Buela-Casal, 1996)	Enfatiza a auto-ajuda e proporciona informações que cada participante pode utilizar para o seu desenvolvimento e crescimento pessoal. Ensinar constitui o principal objetivo e tarefa do terapeuta. Pouca ou nenhuma atenção é dada aos problemas ou interesses individuais. O ensino centra-se nas causas das emoções e comportamentos.	Informar, esclarecer e orientar sobre o manejo de emoções e comportamentos.	1, 2, 3, 4, 5, e 6

TÉCNICA (referência)	DESCRIÇÃO	Objetivos	Encontros
Reestruturação cognitiva/ ressignificação do contexto (Caballo, & Buela-Casal, 1996; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001)	Deve-se ajudar a: (a) reconhecer pensamentos, suposições, expectativas e rótulos podem afetar suas reações; (b) a adotar a perspectiva de que as regras que mantêm seu comportamento problemático são pouco realistas; (c) a reconhecer estas regras; (d) a modificar as regras problemáticas. Consiste em alterar crenças e atitudes que possam contribuir para o <i>distress</i> do paciente. Envolve a revisão de pensamentos, sentimentos e crenças sobre os tratamentos a fim de identificar os que desencadeiam medo e <i>distress</i> . O paciente é encorajado a considerar outras formas de encarar os eventos aversivos, que possam ajudar a reduzir sentimentos de <i>distress</i> e ansiedade.	Ensinar o indivíduo a obter uma perspectiva diferente dos aspectos problemáticos relacionados ao câncer e seus tratamentos.	1, 2, 3, 4, 5 e 6
Ensaio comportamental/ <i>Role playing</i> (Caballo, & Buela-Casal, 1996)	Interpretação lúdica de papéis. Centra-se na mudança de comportamento através da representação de maneiras apropriadas e efetivas de enfrentar as situações problemáticas.	Ensinar como modificar modos de respostas não adaptativas no contexto da doença, substituindo-as por novas respostas.	4
Intervenção suportiva-expressiva (Castro, 2008)	A intervenção expressiva provoca a emoção do indivíduo e a suportiva centraliza em como este conduz seus relacionamentos. São formuladas a partir das vivências de suas interações, formando a base da aliança terapêutica.	Favorecer a expressão de emoções relacionadas ao câncer e à QT.	1, 2, 3, 4, 5 e 6
Treino em habilidades de comunicação (Caballo, & Buela-Casal, 1996; Grün, 2006)	Utilizando modelação, modelagem, representação de papéis e instruções, ensinar o indivíduo a agir de modo que produza reforçamento positivo proveniente do ambiente. Foram focalizados o ambiente médico (principalmente a consulta), e a comunicação com os familiares a respeito da doença e das reações emocionais relacionadas. Habilidades sociais de comunicação consistem em fazer e responder perguntas, pedir <i>feedback</i> , gratificar/elogiar, dar <i>feedback</i> , iniciar, manter e encerrar conversação.	Treinar comunicação assertiva visando facilitar o relacionamento com a equipe, familiares e o contato social.	4
Treino em relaxamento (Redd, Montgomery & DuHamel, 2001)	Ensinar ao paciente como estabelecer um estado de relaxamento profundo, o qual colabora com a redução da dor e da ansiedade e facilita a distração. Aprende a focar em imagens calmantes, a tensionar e relaxar os músculos e/ou a utilizar respiração profunda. Com a prática, o paciente fica apto a controlar seu nível de relaxamento e ir rapidamente para um estado de relaxamento profundo, podendo usar esta habilidade durante procedimentos aversivos e quando se sente tenso e ansioso.	Favorecer o manejo do estresse e a regulação emocional frente ao câncer e seus tratamentos	1, 2, 3, 4, 5 e 6
Treino em resolução de problemas (Nezu e cols., 1999; Nezu & Nezu, 1996)	Conjunto de estratégias para ajudar a compreensão da natureza dos problemas vividos e dirigir seus objetivos para a modificação do problema, suas reações a ele, ou os dois. Problemas são situações específicas (presentes ou antecipadas) que exigem respostas adaptativas, mas que não recebem respostas eficazes de enfrentamento. Foram trabalhados problemas psicossociais relacionados ao câncer e seus tratamentos.	Ajudar o paciente a dirigir seus objetivos e esforços para a modificação do <i>distress</i>	3, 5 e 6

#### **4.5 – Procedimentos para Análise dos Dados**

Inicialmente, foram analisados os dados quantitativos obtidos através dos instrumentos utilizados nas três diferentes fases da pesquisa. Estes dados foram analisados com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0)* e *Microsoft Excel 2007*, para os quais foram transferidos os dados brutos coletados.

A comparação e a significância (sig.) das mudanças nos escores obtidos por cada participante na LB e nas fases 2 e 3 da pesquisa, foi realizada com auxílio do *Wilcoxon Signed Ranks Test*, utilizado para substituir o Teste *t* de *Student* para os dados pareados em amostras com dados não paramétricos. Essa ferramenta estatística visa verificar a variação sofrida nos escores de uma mesma participante ao longo da pesquisa. Também foi utilizada a correlação bivariada de Pearson para verificar as possíveis associações entre as diferentes variáveis estudadas (Dancey & Reidy, 2006).

As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. Esse material teve seu conteúdo analisado e separado em categorias identificadas a partir do eixo temático proposto para o roteiro de entrevista. Partes dos relatos foram utilizadas para exemplificar as categorias e as mudanças de comportamentos ao longo da pesquisa.

As informações do questionário diretivo a respeito da participação no grupo foram compiladas com a finalidade de descrever a percepção dos participantes quanto à intervenção (Anexo 10).

## Capítulo 5

### Resultados

Este capítulo foi dividido em subcapítulos que apresentam e organizam os resultados obtidos com as entrevistas e instrumentos ao longo das três diferentes fases da pesquisa. Os resultados obtidos com cada procedimento de avaliação serão apresentados separadamente, buscando demonstrar o efeito da intervenção sobre cada variável avaliada.

#### 5.1 – Estratégias de Enfrentamento

Os escores obtidos na EMEP pelas participantes desta pesquisa foram inicialmente comparados aos escores-padrão, estabelecidos durante a validação da EMEP por Seidl e cols. (2001), para a amostra que respondeu ao instrumento considerando o estressor problema de saúde. Na Tabela 2, são apresentados os escores-padrão.

**Tabela 2.** Escores-padrão para o estressor problema de saúde na EMEP.

Estratégias de enfrentamento	Estressor: Problema de saúde	
	Média	Desvio Padrão
Focalização no Problema	3,68	0,59
Focalização na Emoção	2,22	0,64
Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiado	3,5	0,86
Busca de Suporte Social	3,62	0,67

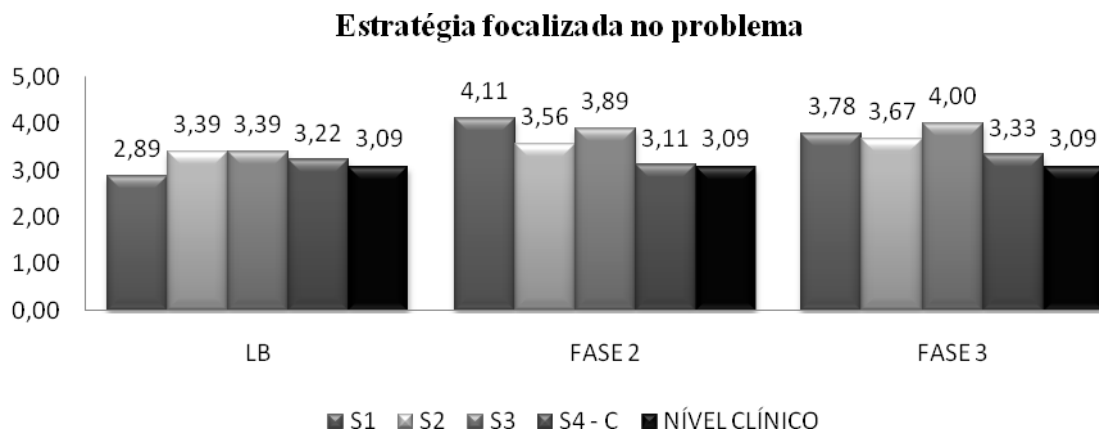
**Tabela 3.** Escores indicativos de necessidade de intervenção na EMEP.

Estratégias de Enfrentamento	Nível Clínico
Focalização no Problema	< 3,09
Focalização na Emoção	> 2,86
Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasiado	< 2,64
Busca de Suporte Social	< 2,95

Os autores responsáveis pela validação da EMEP no Brasil informaram que escores um desvio padrão acima da média para focalização na emoção, e um desvio padrão abaixo da média para focalização no problema, busca de prática religiosa/pensamento fantasiado e suporte social são considerados valores em nível clínico, ou seja, valores que indicam a necessidade de melhor avaliação do paciente e intervenção. Os escores-padrão ponderados de acordo com o desvio padrão informado pelos autores, encontram-se na Tabela 3.

## ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO FOCALIZADA NO PROBLEMA

Na Figura 1, encontra-se a comparação entre os escores das quatro participantes e o limite para nível clínico, sendo qualquer valor abaixo deste considerado como indicativo de necessidade de intervenção. Na Tabela 4 estão presentes os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 1.** Escores por participantes para estratégias focalizadas no problema.

Na Figura 1, percebe-se que na LB apenas S1 encontrava-se abaixo do limite clínico para estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, denotando necessidade de intervenção.

Da LB para a fase 2, logo após a intervenção, as pacientes que participaram mostraram aumento no uso de estratégias focalizadas no problema – significativo para S1 ( $p=0,001$ ) e S3 ( $p=0,015$ ), e não significativo para S2 ( $p=0,167$ ). A paciente controle, S4-C, teve queda não significativa ( $p=0,371$ ) em seu escore, se aproximando do nível clínico.

Entre a fase 2 e a 3, percebe-se uma diminuição não significativa no escore de S1 ( $p=0,147$ ) e aumento não significativo nos escores de S2, S3 e S4-C ( $p=0,159$ ;  $p=0,360$ ;  $p=0,215$ , respectivamente).

Entre LB e a fase 3, todas as participantes do grupo de intervenção obtiveram aumento significativo nos seus escores para estratégias focalizadas no problema (S1:  $p<0,003$ ; S2:  $p=0,003$ ; S3:  $p=0,026$ ), enquanto a participante controle não mostrou

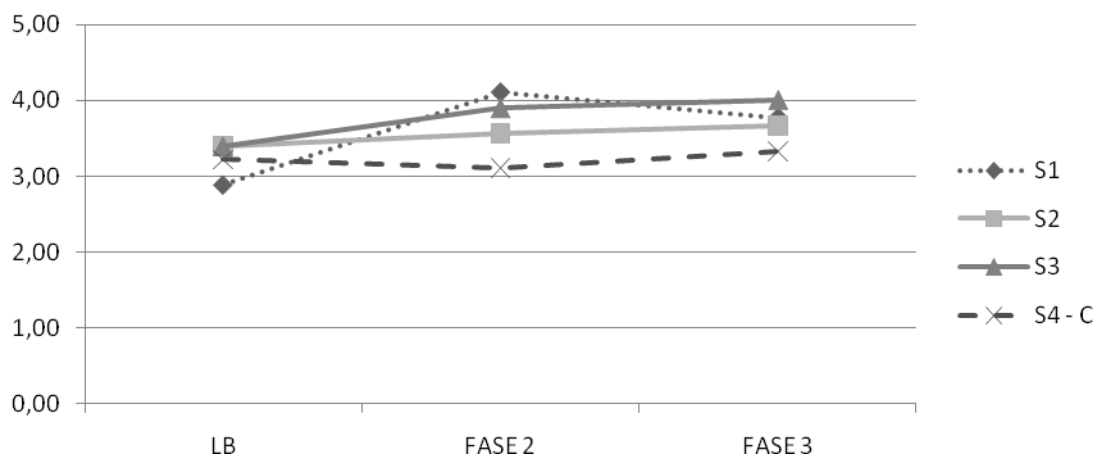
diferença significativa ( $p=0,314$ ) em seus escores. Na fase 3, S4-C manteve escore inferior ao das demais participantes, e ainda um pouco acima do nível clínico.

**Tabela 4.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para estratégias focalizadas no problema, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-3,082 <sup>a</sup>			0,002	0,001**
		-1,048 <sup>b</sup>		0,294	0,147
			-2,803 <sup>a</sup>	0,005	0,003**
S 2	-0,966 <sup>a</sup>			0,334	0,167
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,890 <sup>a</sup>	0,059	0,003**
S 3	-2,179 <sup>a</sup>			0,029	0,015*
		-0,359 <sup>a</sup>		0,719	0,360
			-1,869 <sup>a</sup>	0,052	0,026*
S 4-C	-0,465 <sup>b</sup>			0,742	0,371
		-0,791 <sup>a</sup>		0,429	0,215
			-0,486 <sup>a</sup>	0,627	0,314

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

Na Figura 2, encontra-se a comparação entre as participantes. Percebe-se que S4-C, na fase 2 e 3, apresentou os menores escores para o uso de estratégias focalizadas no problema, apesar de não iniciar a pesquisa com escores inferiores ao das demais participantes.



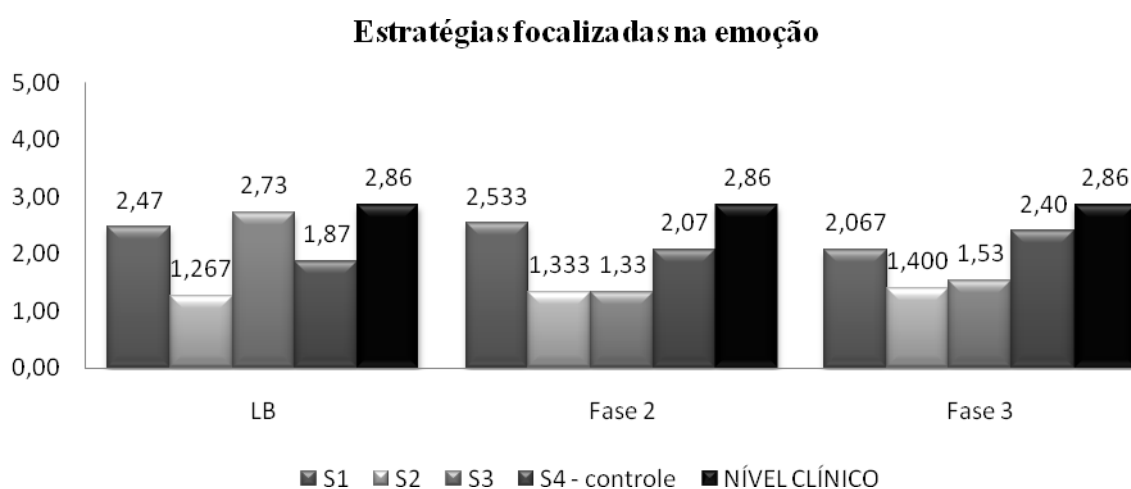
**Figura 2.** Estratégias focalizadas no problema - comparação entre participantes.



## ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO FOCALIZADA NA EMOÇÃO

Na Figura 3, encontra-se a comparação entre os escores das quatro participantes e o limite para nível clínico, sendo qualquer valor acima deste considerado como indicativo de necessidade de intervenção. Na Tabela 5 estão os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

Na Figura 3, verifica-se que na LB, todas as participantes obtiveram escores abaixo do limite para nível clínico, indicando uso adequado deste tipo de estratégia. Entretanto, S1 e S3 apresentaram escores acima do padrão, apesar de abaixo do limite para nível clínico.



**Figura 3.** Escores por participantes para estratégias focalizadas na emoção.

Da LB para a fase 2, as participantes S1, S2 e S4-C mostraram aumento não significativo no uso de estratégias focalizadas na emoção (S1:  $p=0,357$ ; S2:  $p=0,393$ ; S4-C:  $p=0,159$ ), sendo quantitativamente maior o aumento no escore de S4-C (S1=0,06; S2=0,06; S4-C=0,20). Já S3, após a intervenção, apresentou redução significativa nesta estratégia ( $p=0,003$ ) indicando que a boa resposta à intervenção não ocorreu por erro amostral.

Entre a fase 2 e a fase 3, percebe-se uma diminuição não significativa no escore de S1 ( $p=0,062$ ), enquanto S2, S3 e S4-C mostraram um aumento não significativo no escore ( $p=0,393$ ;  $p=0,259$ ;  $p=0,200$ , respectivamente), permanecendo abaixo do limite para nível clínico.

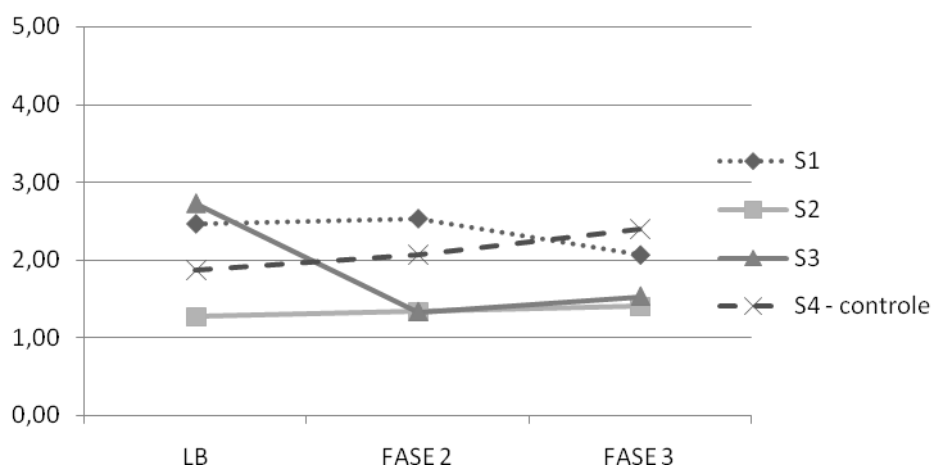
Entre a LB e a fase 3, apenas S3 apresentou redução significativa ( $p=0,004$ ) em seu escore. S1 apresentou redução não significativa ( $p=0,151$ ), enquanto para S2 e S4-C houve aumento não significativo ( $p=0,353$ ;  $p=0,06$ , respectivamente) em seus escores.

**Tabela 5.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para estratégias focalizadas na emoção, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig. (Bilateral)	Sig. (Unilateral)
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z		
S 1	-0,366 <sup>a</sup>			0,714	0,357
		-1,539 <sup>b</sup>		0,124	0,062
			-1,033 <sup>b</sup>	0,302	0,151
S 2	-0,272 <sup>a</sup>			0,785	0,393
		-0,272 <sup>a</sup>		0,785	0,393
			-0,378 <sup>a</sup>	0,705	0,353
S 3	-2,807 <sup>b</sup>			0,005	0,003**
		-0,647 <sup>b</sup>		0,518	0,259
			-2,641 <sup>b</sup>	0,008	0,004**
S 4-C	-1 <sup>a</sup>			0,317	0,159
		-0,84 <sup>a</sup>		0,399	0,200
			-1,552 <sup>a</sup>	0,121	0,061

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \* p< 0,05/ \*\*p<0,01

Comparando-se os escores entre participantes, como pode ser visualizado na Figura 4, percebe-se que na fase 3 todas as participantes da intervenção estavam com escores menores que o de S4-C e mais distantes do limite para nível clínico. S4-C foi a única participante na fase 3 com escore acima do padrão, sem, porém, ultrapassar um desvio padrão de distância. S4-C apresentou um crescimento constante no uso deste tipo de estratégia ao longo da pesquisa.



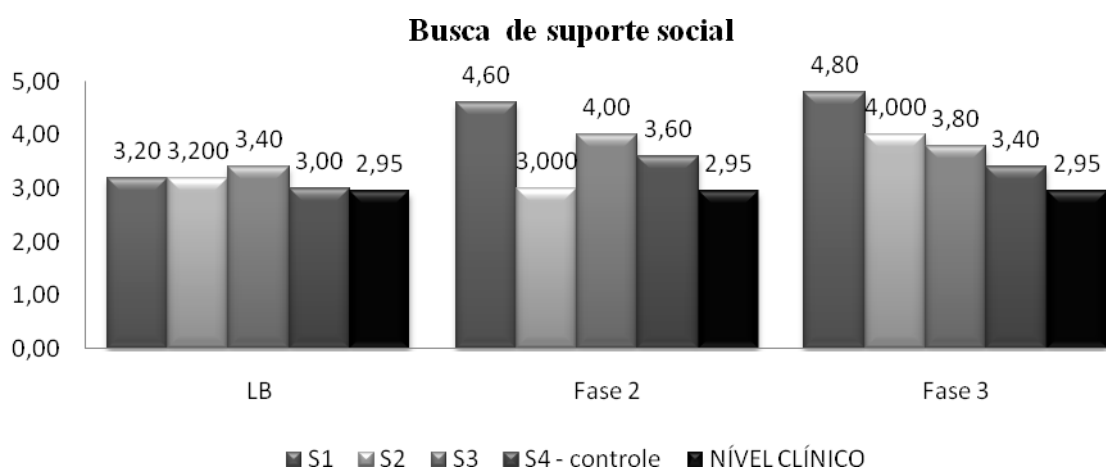
**Figura 4.** Estratégias focalizadas na emoção - comparação entre participantes.

## ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO - BUSCA DE SUPORTE SOCIAL

Na Figura 5, encontra-se a comparação entre os escores das quatro participantes e o limite para nível clínico, sendo qualquer valor abaixo deste considerado indicativo de necessidade de intervenção. A Tabela 6 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

Na Figura 5, percebe-se que na LB todas as participantes apresentaram escores acima do limite para nível clínico, indicando não haver necessidade de intervenção para aumentar o uso deste tipo de estratégia.

Da LB para a fase 2, S1 e S3 apresentaram melhoria significativa no escore ( $p=0,033$ ;  $p=0,042$ , respectivamente), enquanto S4-C obteve aumento não significativo ( $p=0,128$ ). S2, ao contrário dos demais, teve uma redução, porém não significativa, no escore ( $p=0,328$ ).



**Figura 5.** Escores por participantes para estratégia busca de suporte social.

Entre a fase 2 e a fase 3, S1 apresentou aumento não significativo em seu escore e S2 significativo ( $p=0,159$ ;  $p=0,051$ , respectivamente). Já S3 e S4-C apresentaram um leve e não significativo decréscimo no escore ( $p=0,159$ ;  $p=0,327$ , respectivamente).

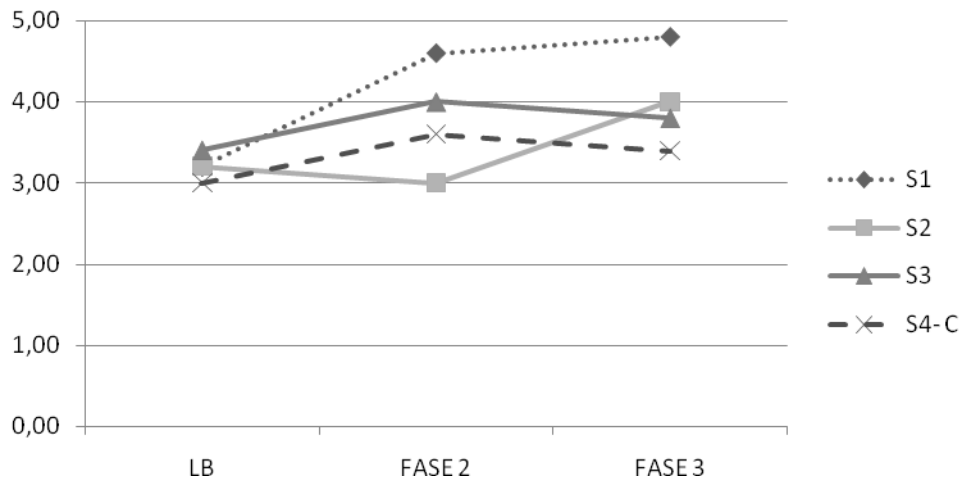
Entre a LB e a fase 3, apenas S1 mostrou aumento significativo ( $p=0,033$ ) no seu escore, mas todas as participantes da pesquisa apresentaram aumento no uso deste tipo de estratégia (S2=0,80; S3=0,40; S4=0,40).

**Tabela 6.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para busca de suporte social, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,841 <sup>a</sup>			0,066	0,033*
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,841 <sup>a</sup>	0,066	0,033*
S 2	-0,447 <sup>b</sup>			0,655	0,328
		-1,633 <sup>a</sup>		0,102	0,051*
			-0,921 <sup>a</sup>	0,357	0,179
S 3	-1,732 <sup>a</sup>			0,083	0,042*
		-1,000 <sup>b</sup>		0,317	0,159
			-1,414 <sup>a</sup>	0,157	0,079
S 4-C	-1,134 <sup>a</sup>			0,257	0,128
		-0,447 <sup>b</sup>		0,655	0,327
			-0,816 <sup>a</sup>	0,414	0,207

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \* p< 0,05/ \*\*p<0,01

Na comparação entre participantes, Figura 6, S4-C apresenta escore inferior para busca de suporte social quando comparada às participantes que integraram o grupo psicoeducacional.

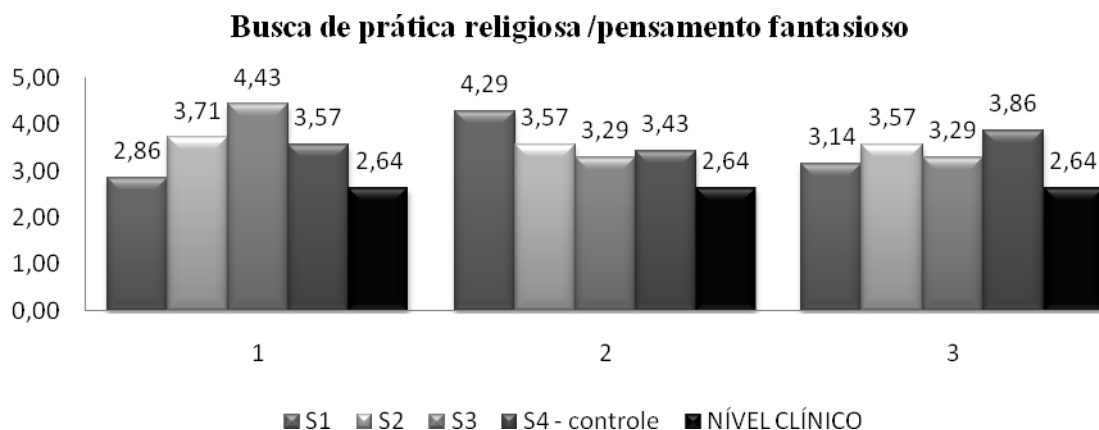


**Figura 6.** Estratégia busca de suporte social - comparação entre participantes.

## ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO BUSCA DE PRÁTICAS RELIGIOSAS/ PENSAMENTO FANTASIOSO

Na Figura 7, encontra-se a comparação entre os escores das quatro participantes e o limite para nível clínico, sendo qualquer valor abaixo deste considerado indício de

necessidade de intervenção. A Tabela 7 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 7.** Escores por participantes para estratégia busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso.

Na Figura 7, pôde ser observado que na LB todas as participantes apresentavam escores maiores que o limite para nível clínico, não indicando necessidade de intervenção sobre esta estratégia. Da LB para a fase 2, S1 apresentou aumento significativo em seu escore ( $p=0,037$ ), enquanto S2 e S4-C apresentaram diminuição não significativa nos escores e S3, uma queda significativa nestes (S2:  $p=0,327$ ; S3:  $p=0,042$ ; S4-C:  $p=0,327$ ).

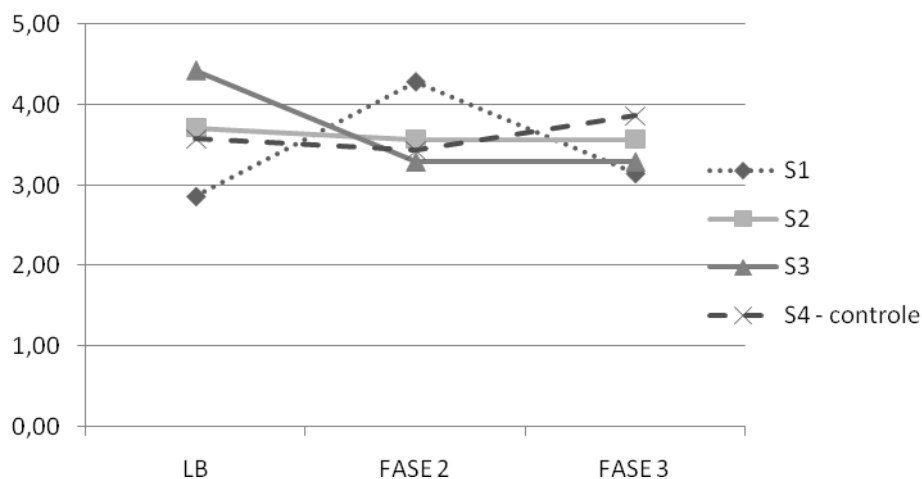
**Tabela 7.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,786 <sup>a</sup>			0,074	0,037*
		-1,786 <sup>b</sup>		0,074	0,037*
			-0,541 <sup>a</sup>	0,589	0,295
S 2	-0,447 <sup>b</sup>			0,655	0,327
		0,000 <sup>c</sup>		1,000	0,500
			-1,000 <sup>b</sup>	0,317	0,159
S 3	-1,730 <sup>b</sup>			0,084	0,042*
		0,000 <sup>c</sup>		1,000	0,500
			-1,730 <sup>b</sup>	0,084	0,042*
S 4-C	-0,447 <sup>b</sup>			0,655	0,327
		-1,089 <sup>a</sup>		0,276	0,138
			-1,000 <sup>a</sup>	0,317	0,159

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

Entre a fase 2 e a 3, houve uma queda significativa ( $p=0,037$ ) no escore de S1, enquanto S2 e S3 mantiveram o mesmo escore e S4-C apresentou aumento não significativo ( $p=0,138$ ).

Na Figura 8, está representada a comparação entre as participantes. S4-C foi a participante com o escore mais elevado para esta estratégia na fase 3, enquanto as participantes da intervenção mostraram queda em seus escores.



**Figura 8.** Estratégia busca de suporte social busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso - comparação entre participantes.

## 5.2 – Qualidade de Vida

Para a avaliação dos escores obtidos em cada domínio foi realizada a comparação entre estes e os escores-padrão obtidos na amostra de validação constituída por doentes crônicos (Fleck & cols., 2008), a qual se encontra na Tabela 8.

**Tabela 8.** Escores -padrão do WHOQOL-*bref* para doentes crônicos.

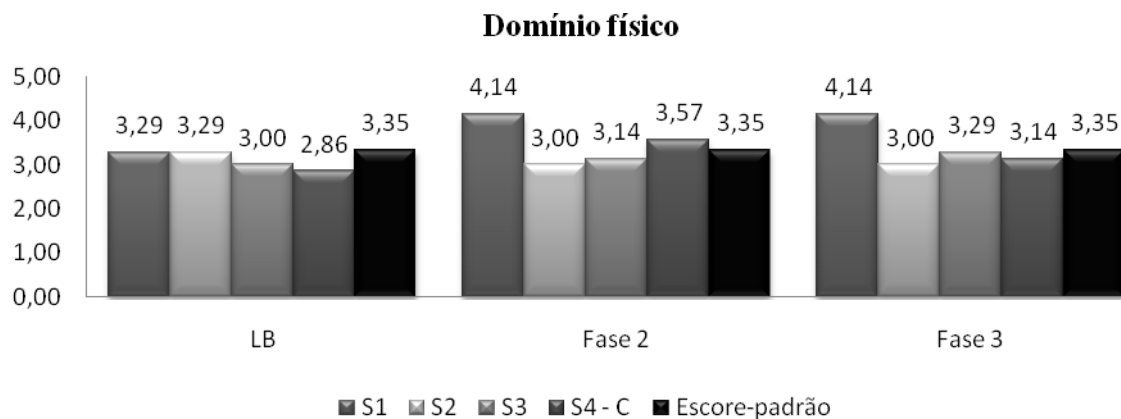
Domínios	Estressor: Problema de saúde		
	Média (escore-padrão)	Média ponderada*	Desvio Padrão
Físico	3,35	13,4	3,2
Psicológico	3,63	14,5	2,8
Relações sociais	3,83	15,3	3,6
Meio ambiente	3,35	13,4	2,4

\*Média dos escores multiplicados por 4, segundo convenção que permite a comparação entre os dados do WHOQOL-*bref* e do WHOQOL-100.

Escore abaixo da média estabelecida durante a validação indicam necessidade de intervenção (Fleck & cols., 2008).

## DOMÍNIO FÍSICO

Na Figura 9, encontram-se as médias das participantes e sua comparação com o escore-padrão. A Tabela 9 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 9.** Escores por participante para o domínio físico no WHOQOL-*bref*.

Na Figura 9, percebe-se que todas as pacientes iniciaram a pesquisa com escore menor que o padrão para domínio físico, indicando necessidade de intervenção. Houve significativa melhoria entre a LB e a fase 2 para S1 ( $p=0,049$ ), a única paciente que não havia entrado em quimioterapia, mas que já estava em acompanhamento pelo Serviço de Oncologia para controle de sintomas.

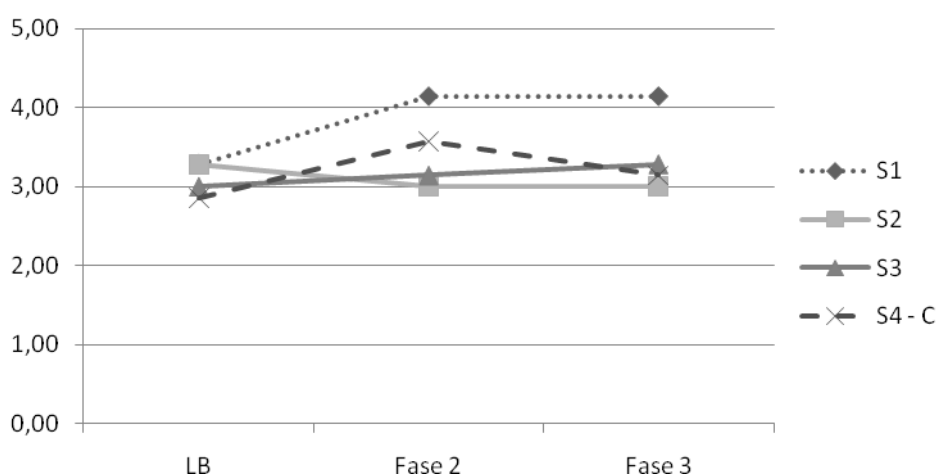
**Tabela 9.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para domínio físico, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,656 <sup>a</sup>	0,000 <sup>c</sup>		0,098	0,049*
			-1,730 <sup>a</sup>	1,000	0,500
S 2	-0,557 <sup>a</sup>	0,000 <sup>b</sup>		0,577	0,289
			-1,000 <sup>a</sup>	1,000	0,500
S 3	-0,447 <sup>a</sup>	-0,577 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-0,816 <sup>a</sup>	0,655	0,328
S 4-C	-1,518 <sup>a</sup>	-1,134 <sup>b</sup>		0,414	0,282
			-1,414 <sup>a</sup>	0,129	0,207
				0,257	0,129
				0,157	0,079

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

Houve pouca variação nos escores de S2 e S3 para o domínio físico, continuando nas fases 2 e 3 abaixo do escore padrão. S4-C também não apresentou mudanças significativas, mas na fase 2, seu escore foi superior ao padrão, voltando a ficar menor que este na fase 3, a qual coincide com o aparecimento de dores em sua coluna devido hérnia de disco.

Na fase 3, apenas S1 permaneceu com escore superior ao padrão, indicando que as demais participantes se mantiveram com necessidade de intervenção neste domínio.



**Figura 10.** Domínio físico - comparação entre participantes.

Na comparação entre participantes, Figura 10, pode-se visualizar a melhora no domínio físico de S1, enquanto as demais pacientes, que entraram em quimioterapia, se mantiveram com escores semelhantes neste domínio.

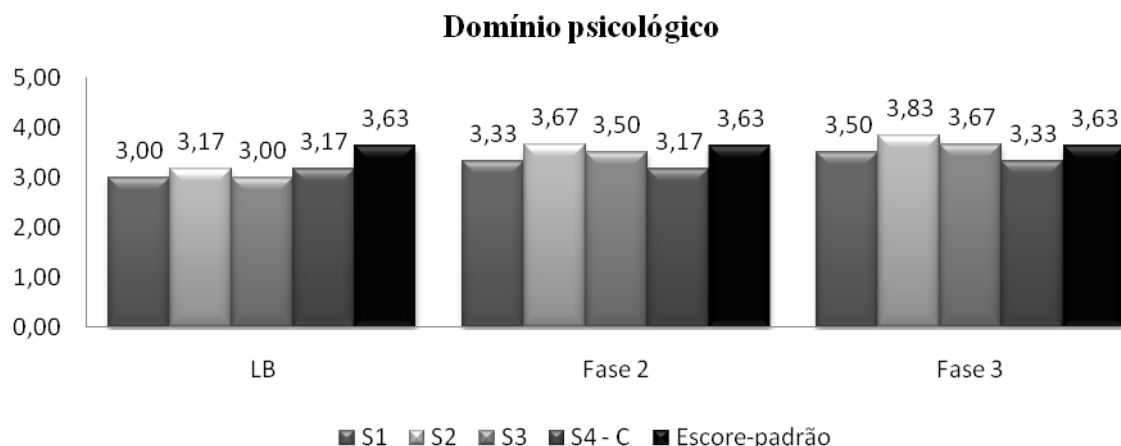
## DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Na Figura 11, encontram-se as médias das participantes para o domínio psicológico do WHOQOL e sua comparação com escore-padrão estabelecido na validação da ferramenta. Na Tabela 10, analisando a partir do *Wilcoxon Signed Ranks Test*, encontram-se os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”.

Percebe-se que todas as pacientes foram avaliadas com escore abaixo do padrão na LB, denotando necessidade de intervenção para melhorar o bem-estar emocional.

S1 apresentou aumento não significativo no escore entre LB e a fase 2 (0,33;  $p=0,159$ ), entre a fase 2 e a 3 (0,17;  $P=0,159$ ), e entre a LB e a fase 3 (0,50;  $p=0,090$ ), mas manteve um aumento gradual nos escores ao longo da pesquisa.





**Figura 11.** Escores por participantes para o domínio psicológico no WHOQOL-bref.

S2 apresentou um aumento significativo entre a LB e a fase 2 (0,50;  $p=0,042$ ) e entre a LB e a fase 3 (0,66;  $p=0,023$ ), mantendo a melhoria nos escores em todas as fases.

S3 obteve um aumento não significativo entre a LB e fase 2 (0,50;  $p=0,090$ ) e entre as fases 2 e 3 (0,17;  $p=0,159$ ), mas entre a LB com a fase 3 este foi significativo (0,67;  $p=0,023$ ).

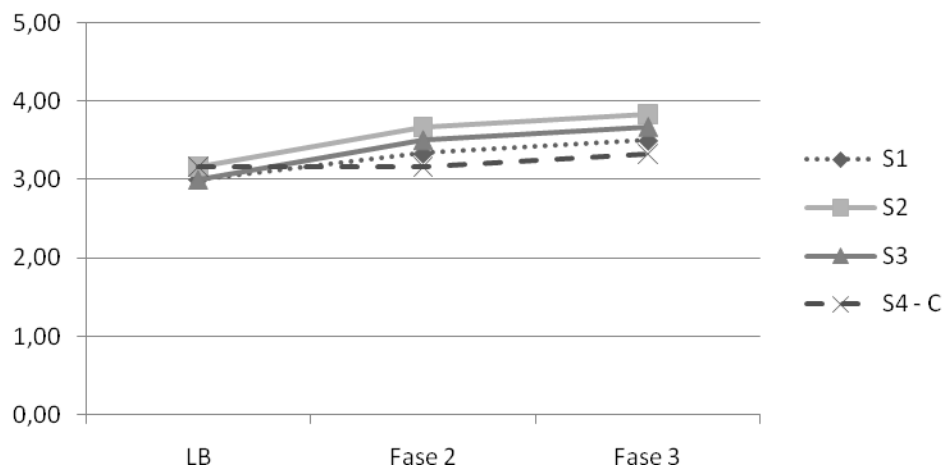
S4 não mostrou aumento no escore entre LB e a fase 2, e obteve apenas um leve aumento no escore entre a fase 2 e a fase 3 (0,16;  $p=0,159$ ).

**Tabela 10.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para domínio psicológico, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,000 <sup>a</sup>			0,317	0,159
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,342 <sup>a</sup>	0,180	0,090
S 2	-1,732 <sup>a</sup>			0,083	0,042*
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-2,000 <sup>a</sup>	0,046	0,023*
S 3	-1,342 <sup>a</sup>			0,180	0,090
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-2,000 <sup>a</sup>	0,046	0,023*
S 4-C	0,000 <sup>c</sup>			1,000	0,500
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,000 <sup>a</sup>	0,317	0,159

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

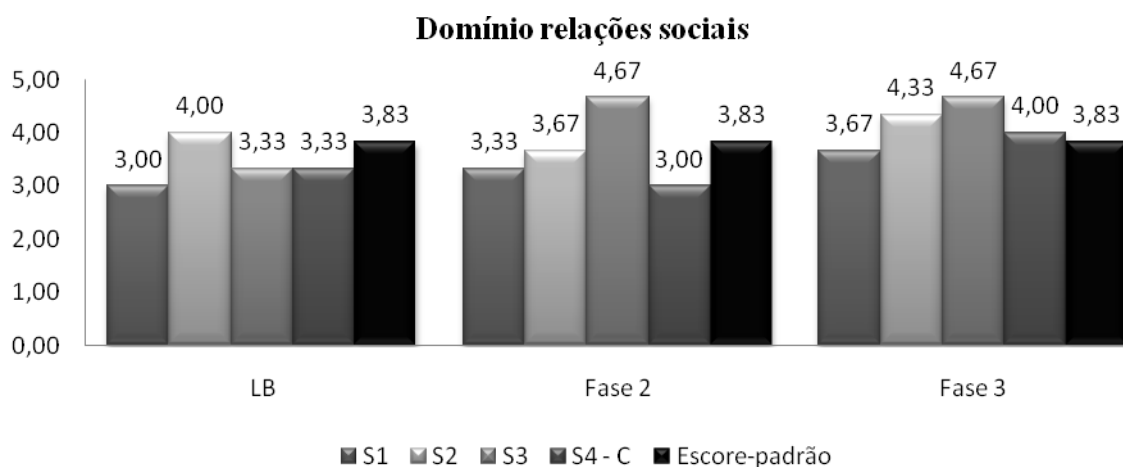
Apenas as participantes S2 e S3 terminaram com escore acima do padrão no domínio psicológico, indicando não haver mais necessidade de intervenção. S1, apesar de maior melhoria no escore do que S4-C, ainda permaneceu como S4-C, abaixo do escore-padrão. Na Figura 12, é possível acompanhar a mudança apresentada pelas participantes, neste domínio.



**Figura 12.** Domínio psicológico - comparação entre participantes.

## DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS

Na Figura 13, encontram-se as médias das participantes da pesquisa para o domínio relações sociais do WHOQOL e sua comparação com escore-padrão estabelecido na validação da ferramenta. A Tabela 11 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 13.** Escores por participantes para o domínio relações sociais no WHOQOL-bref.

Observa-se que apenas S2 obteve escore acima do padrão na LB, sendo a única participante não avaliada como necessitada de intervenção neste domínio, porém esta mesma participante teve queda não significativa em seu escore (0,33;  $p=0,159$ ) logo após a intervenção, momento no qual estava fazendo quimioterapia. Na fase 3, S2 teve um aumento não significativo no escore (0,66;  $p=0,159$ ), ultrapassando novamente o escore-padrão.

S1, apesar de mostrar aumento gradual em seus escores ao longo da pesquisa, estes não foram significativos e não ultrapassaram o escore-padrão, mantendo a necessidade de intervenção neste domínio.

Já S3, apresentou aumento significativo em seus escores entre a LB e a fase 2 ( $p=0,051$ ) e entre a LB e a fase 3 ( $p=0,051$ ), mantendo uma melhoria não significativa entre as fases 2 e a 3 ( $p=0,50$ ).

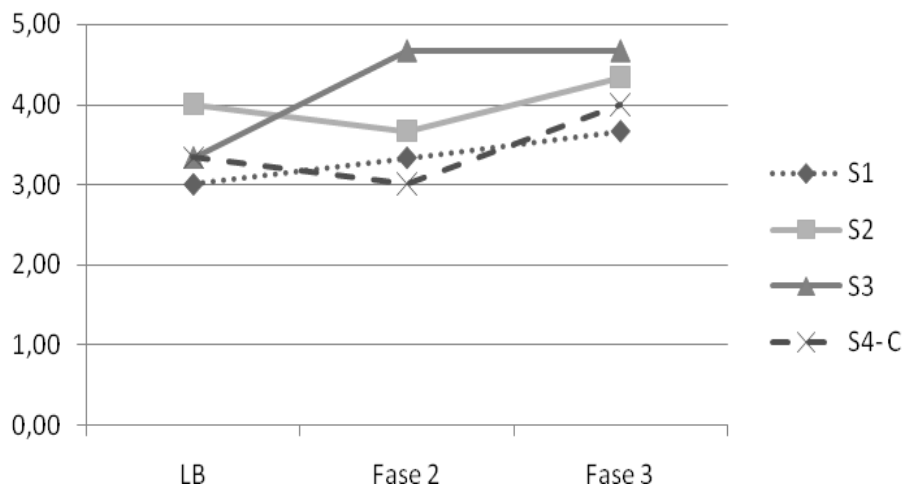
S4-C não mostrou mudanças significativas em seus escores ao longo da pesquisa, apesar da melhoria em seu escore (0,67) entre a LB e a fase 3.

**Tabela 11.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para domínio relações sociais, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,000 <sup>a</sup>			0,317	0,159
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,000 <sup>a</sup>	0,317	0,159
S 2	-1,000 <sup>b</sup>			0,317	0,159
		-0,816 <sup>a</sup>		0,414	0,207
			-0,577 <sup>a</sup>	0,564	0,282
S 3	-1,633 <sup>a</sup>			0,102	0,051*
		0,000 <sup>c</sup>		1,000	0,500
			-1,633 <sup>a</sup>	0,102	0,051*
S 4-C	-1,000 <sup>b</sup>			0,317	0,159
		-1,342 <sup>a</sup>		0,180	0,090
			-1,414 <sup>a</sup>	0,157	0,079

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

Ao final da pesquisa, como pode ser observado na Figura 14, apenas S1 manteve seu escore abaixo do padrão.



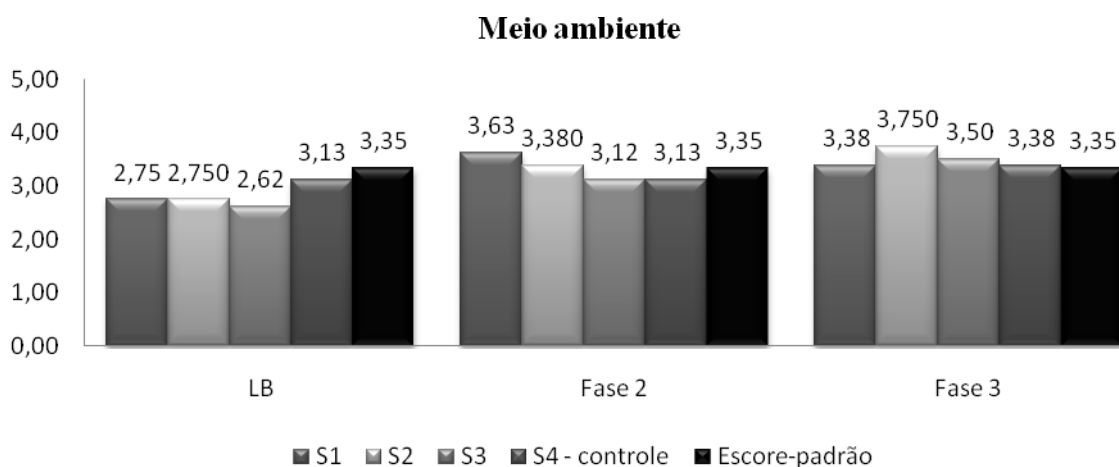
**Figura 14.** Domínio relações sociais - comparação entre participantes.

Durante a fase 2, que coincide com o período no qual todas as participantes estavam em quimioterapia, S4-C apresentou escore menor do que as pacientes que participaram da intervenção.

#### DOMÍNIO MEIO AMBIENTE

Na Figura 15, encontram-se as médias que as participantes obtiveram no domínio meio ambiente do WHOQOL e sua comparação com escore-padrão estabelecido na validação da ferramenta. A Tabela 12 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

Verifica-se que todas as pacientes apresentaram escore abaixo do padrão na LB, indicando necessidade de intervenção.



**Figura 15.** Escores por participantes para o domínio meio ambiente no WHOQOL-bref.

S1, S2 e S3, as participantes da intervenção, mostraram aumento significativo nos escores na fase 2, logo após a intervenção (S1: $p=0,034$ ; S2: $p=0,051$ ; S3: $p=0,051$ ), com S1 e S2 ultrapassando o escore padrão na fase 2. S4-C não apresentou mudança no escore.

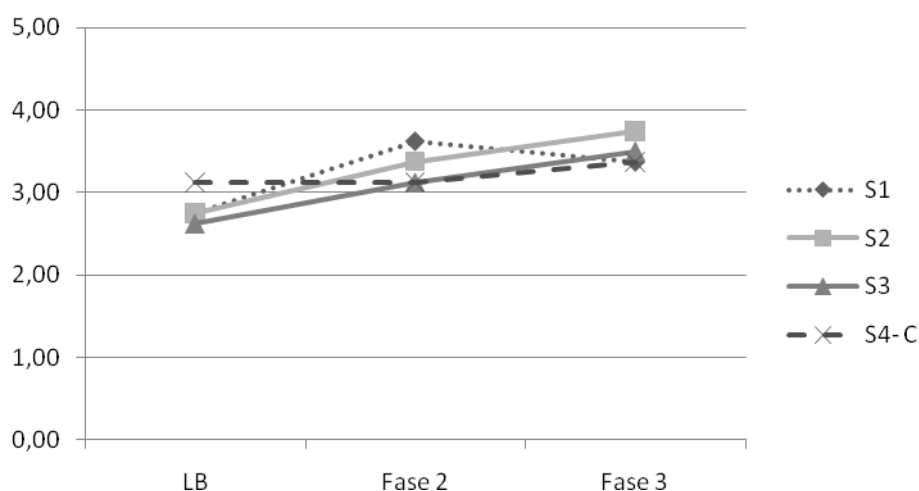
Na fase 3, todas as participantes ultrapassaram o escore padrão. Foi significativa a mudança de S2 e S3 nos escores entre a LB e a fase 3 (S2: $p=0,006$ ; S1: $p=0,006$ ). S1 e S4-C demonstraram aumento nos escores, porém não significativo (S1= $0,63$  -  $p=0,034$ ; S4-C= $0,25$  -  $p=0,159$ ).

**Tabela 12.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para domínio meio ambiente, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,823 <sup>a</sup>			0,068	0,034*
		-1,000 <sup>b</sup>		0,317	0,159
			-1,414 <sup>a</sup>	0,157	0,079
S 2	-1,633 <sup>a</sup>			0,102	0,051*
		-1,34 <sup>a</sup>		0,180	0,090
			-2,53 <sup>a</sup>	0,011	0,006**
S 3	-1,414 <sup>a</sup>			0,102	0,051*
		-1,732 <sup>a</sup>		0,180	0,090
			-2,333 <sup>a</sup>	0,011	0,006**
S 4-C	0 <sup>c</sup>			1,000	0,500
		-1,000 <sup>a</sup>		0,317	0,159
			-1,000 <sup>a</sup>	0,317	0,159

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\* $p < 0,01$

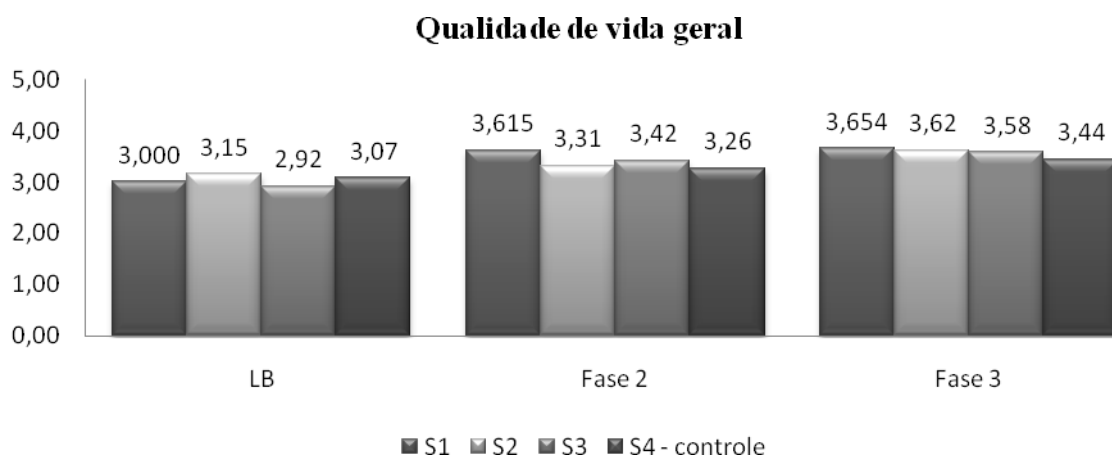
Ao final, o escore de S4-C foi equivalente ao de S1, mas a melhoria nos escores de S1 foi maior em relação à de S4-C, como pode ser visualizado na Figura 16.



**Figura 16.** Domínio meio ambiente - comparação entre participantes.

## QUALIDADE DE VIDA GERAL

Na Figura 17, encontram-se as médias das participantes na avaliação da qualidade de vida geral avaliada pelo WHOQOL. A Tabela 13 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 17.** Escores por participantes para qualidade de vida geral no WHOQOL-*brief*.

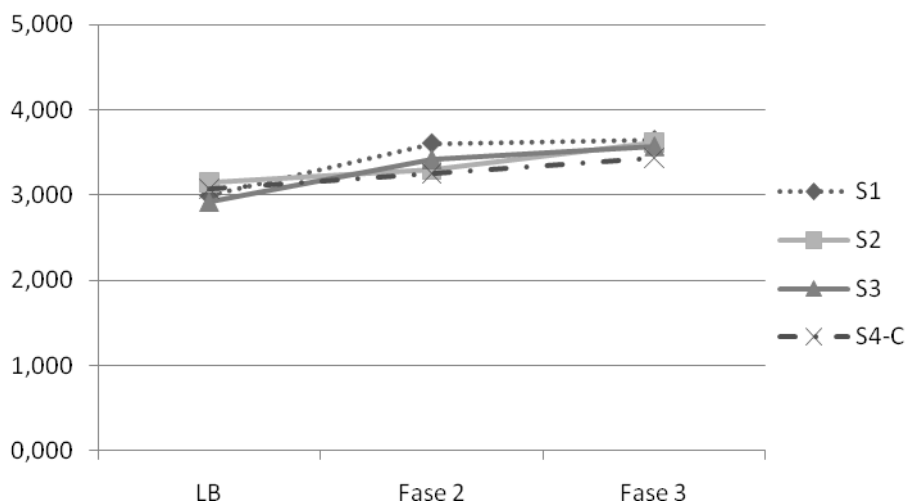
Todas as participantes mostraram melhoria nos escores, mas esta melhoria foi significativa apenas para as pacientes que integraram o grupo. Entre a LB e a fase 2 da pesquisa, houve aumento significativo no escore de S1 ( $p=0,003$ ) e S3 ( $p=0,005$ ).

**Tabela 13.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para qualidade de vida geral, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-2,757 <sup>a</sup>			0,006	0,003**
		-0,277 <sup>a</sup>		0,782	0,391
			-2,906 <sup>a</sup>	0,004	0,002**
S 2	-0,700 <sup>a</sup>			0,484	0,242
		-1,685 <sup>a</sup>		0,092	0,046
			-2,558 <sup>a</sup>	0,011	0,006**
S 3	-2,599 <sup>a</sup>			0,009	0,005**
		-1,265 <sup>a</sup>		0,206	0,103
			-3,392 <sup>a</sup>	0,001	0,001**
S 4-C	-1,232 <sup>a</sup>			0,218	0,109
		-0,746 <sup>a</sup>		0,456	0,228
			-1,499 <sup>a</sup>	0,134	0,067

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\* $p < 0,01$

Da LB para a fase 3, no entanto, todas as participantes da intervenção mostraram melhoria significativa nos escores (S1:  $p=0,002$ ; S2: $p=0,006$ ; S3: $p=0,001$ ), enquanto S4-C mostrou melhoria, porém não significativa.



**Figura 18.** Qualidade vida geral - comparação entre participantes.

Na fase final, as integrantes do grupo psicoeducacional mostraram maior melhoria no escore para qualidade de vida geral do que a participante controle, como mostra a Figura 18.

### 5.3 – Distress

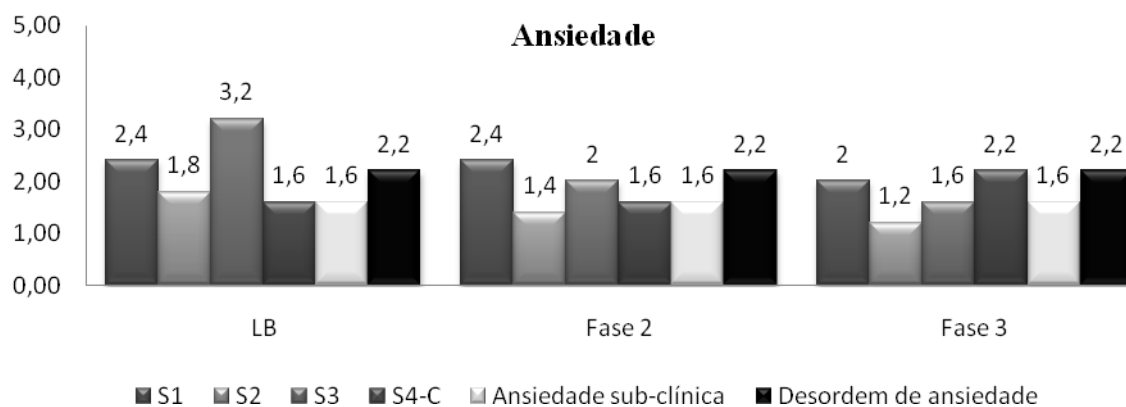
Os níveis de ansiedade e depressão são considerados, pelos autores que desenvolveram o PSCAN, como os principais indicadores do nível de *distress* de um indivíduo (Linden & cols., 2005). Nas figuras a seguir, encontram-se as variações dos escores das participantes ao longo da pesquisa em comparação aos escores de corte, presentes na Tabela 14.

**Tabela 14.** Escores-padrão para a avaliação clínica no PSCAN.

PSCAN	Escore de corte	
	Sub-clínica	Desordem
Ansiedade	1,6	2,2
Depressão	1,6	2,2

## ANSIEDADE

Na LB, como representado na Figura 19, todas as participantes foram avaliadas com escore acima do estabelecido para ansiedade sub-clínica. S1 e S3 ultrapassaram o escore para desordem de ansiedade, indicando necessidade de intervenção.



**Figura 19.** Escores por participantes para ansiedade no PSCAN.

A Tabela 15 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

**Tabela 15.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para ansiedade, por participante, nas três fases.

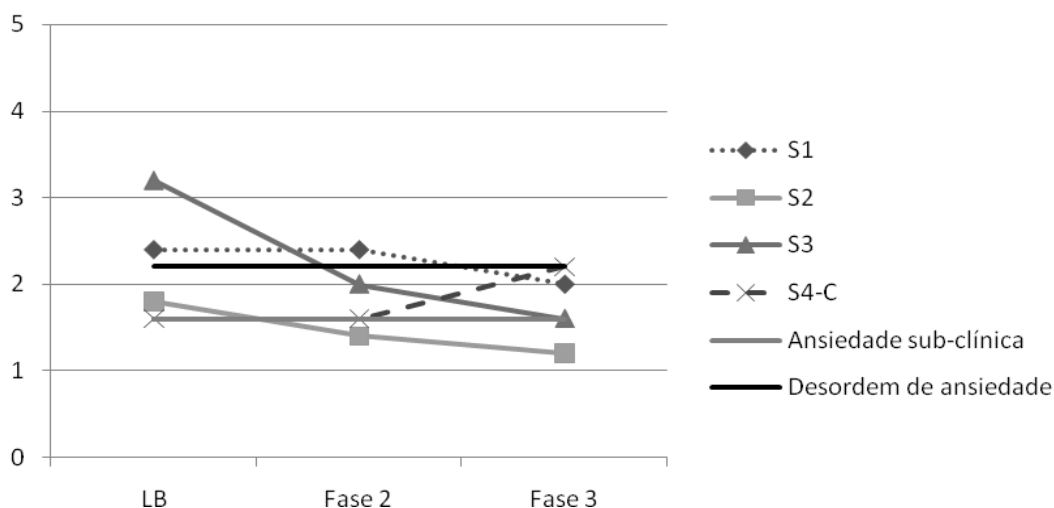
Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	0,000 <sup>c</sup>			1,000	0,500
		-0,707 <sup>b</sup>		0,480	0,240
			-0,707 <sup>b</sup>	0,480	0,240
S 2	-1,414 <sup>b</sup>			0,157	0,079
		-1,000 <sup>b</sup>		0,317	0,159
			-1,732 <sup>b</sup>	0,083	0,042*
S 3	-1,511 <sup>b</sup>			0,131	0,066
		-1,414 <sup>b</sup>		0,157	0,079
			-1,841 <sup>b</sup>	0,066	0,033*
S 4-C	0,000 <sup>c</sup>			1,000	0,500
		-1,134 <sup>a</sup>		0,257	0,129
			-1,732 <sup>a</sup>	0,083	0,042*

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

Da LB para a fase 2, houve redução não significativa nos escores de S2 ( $p=0,079$ ) e S3 ( $p=0,066$ ), com S1 e S4-C mantendo os mesmos escores da LB. Já da LB para a fase 3,



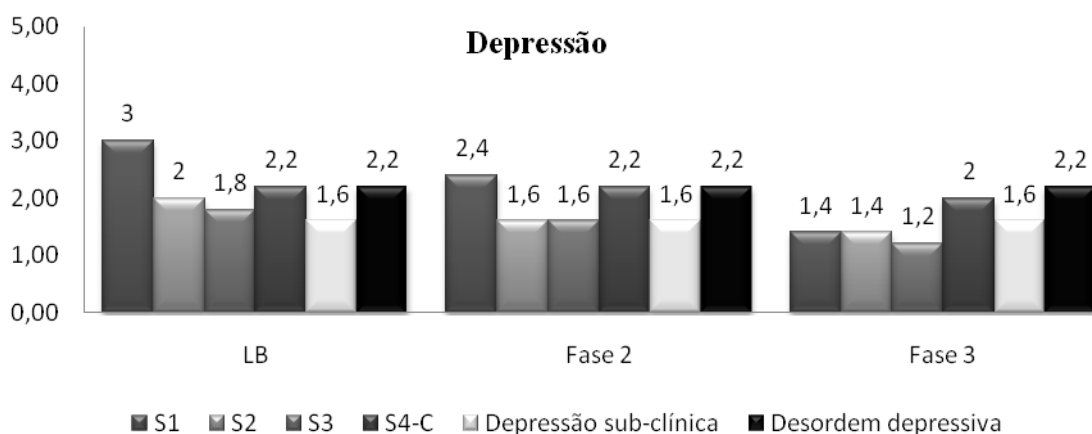
todas as participantes da intervenção mostraram redução nos escores, com significativa redução nos escores relativos a S2 e S3 (S1: $p=0,240$ ; S2: $p=0,042$ ; S3: $p=0,033$ ). Já S4-C mostrou aumento significativo no seu escore ( $p=0,042$ ), atingindo o limite para desordem de ansiedade.



**Figura 20.** Ansiedade: comparação entre participantes.

## DEPRESSÃO

Para o item depressão, houve, conforme demonstrado na Figura 21, escores elevados para todas as participantes na LB, com S2 e S3 acima do escore para depressão sub-clínica, e S1 e S4-C com escores indicativos de desordem depressiva. Todas as participantes da pesquisa obtiveram escores que indicavam necessidade de intervenção. A Tabela 16 apresenta os coeficientes de significação das alterações nos escores “intra-participante”, utilizando-se o *Wilcoxon Signed Ranks Test*.



**Figura 21.** Escores por participantes para depressão no PSCAN.

Na fase 2, houve redução nos escores de todas as participantes que fizeram parte do grupo de intervenção. S1, apesar da redução em seu escore, permaneceu com escore indicativo de desordem depressiva. S2 e S3 não mostraram redução significativa ( $p=0,327$ ;  $p=0,282$ ) no escore, mas este alcançou o limite para ansiedade sub-clínica. S4-C não apresentou alteração no seu escore, continuando com necessidade de intervenção.

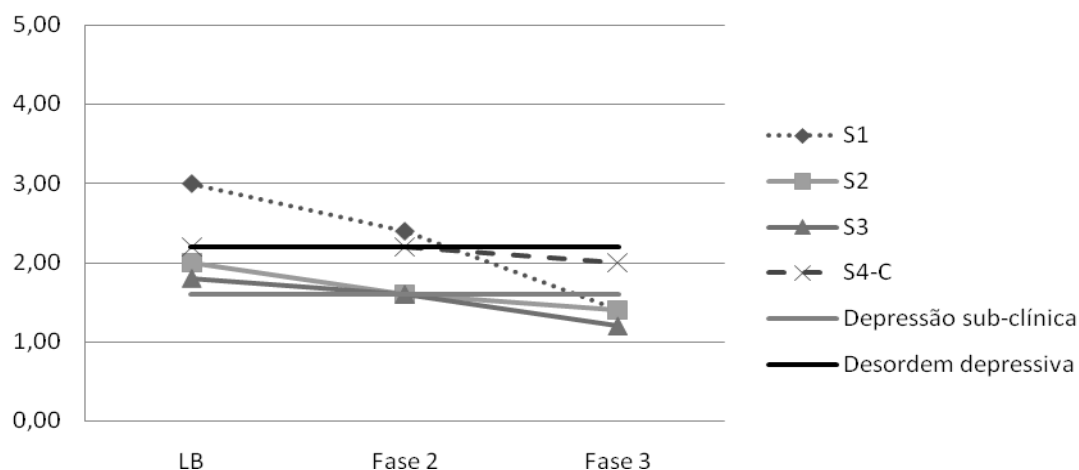
Na fase 3, todas as participantes do grupo encontravam-se com escore abaixo do limite para depressão sub-clínica, indicando não haver mais necessidade de intervenção.

**Tabela 16.** Valores do *Wilcoxon Signed Ranks Test* para depressão, por participante, nas três fases.

Participantes	LB –	FASE 2 -	LB -	Sig.	Sig.
	FASE 2	FASE 3	FASE 3		
	Z	Z	Z	(Bilateral)	(Unilateral)
S 1	-1,342 <sup>b</sup>			0,180	0,090
		-1,633 <sup>b</sup>		0,102	0,051*
			-1,841 <sup>b</sup>	0,066	0,033*
S 2	-0,447 <sup>b</sup>			0,655	0,327
		-1,000 <sup>b</sup>		0,317	0,159
			-1,000 <sup>b</sup>	0,317	0,159
S 3	-0,577 <sup>b</sup>			0,564	0,282
		-1,000 <sup>b</sup>		0,317	0,159
			-1,342 <sup>b</sup>	0,180	0,090
S 4-C	0,000 <sup>c</sup>			1,000	0,500
		-0,447 <sup>b</sup>		0,655	0,327
			-1,000 <sup>b</sup>	0,317	0,159

a = baseado em ranks negativos (o segundo momento foi maior que o primeiro) / b = baseado em ranks positivos (o segundo momento foi menor que o primeiro) / c = ranks negativos = ranks positivos (o segundo momento foi igual ao primeiro) / \*  $p < 0,05$  / \*\*  $p < 0,01$

A melhoria do escore entre a LB e a fase 3 foi significativa para S1 ( $p=0,033$ ), mas não para S2, S3 e S4-C. S4-C foi a única participantes a se manter com indicação de intervenção neste domínio, como pode ser visualizado na Figura 22.



**Figura 22.** Depressão - comparação entre participantes.

#### 5.4 – Suporte Social

Para Linden e cols. (2005), o suporte disponível ao indivíduo pode ser diferente do desejado por ele, e esta diferença deve ser levada em conta no momento de avaliar a rede de suporte social do paciente.

Na Tabela 17, estão as informações sobre a avaliação das participantes quanto ao suporte disponível (escores variando de 0 – 5), enquanto a Tabela 18 traz informações sobre como as participantes avaliaram sua necessidade de suporte (escores variando de 0 – 10).

**Tabela 17.** Suporte social disponível (0-5).

Participante	LB	FASE 2	FASE 3
S1	5	5	5
S2	4	4	4
S3	2	3	3
S4-C	5	5	5

**Tabela 18.** Suporte social desejado (0-10).

Participante	LB	FASE 2	FASE 3
S1	5	8	8
S2	8	8	9
S3	5	10	8
S4-C	10	10	7

Percebe-se ao longo da pesquisa uma estabilidade no suporte social disponível e uma variação na percepção de necessidade de suporte.

S3 foi a única paciente a ter aumento na disponibilidade de suporte social. S1, S2 e S3 passaram a desejar mais suporte após a intervenção, enquanto S4-C teve uma redução no desejo por este.

#### 5.5 – Intercorrelações entre as variáveis estudadas

Os resultados da correlação bivariada de Pearson para as variáveis estudadas estão apresentadas na Tabela 19.

O uso de estratégias focalizadas no problema correlacionou-se positivamente com a qualidade de vida total, mostrando que quanto maior o uso desta estratégia, maior a qualidade de vida geral dos pacientes. Correlacionou-se também, porém negativamente, com os escores para depressão, indicando que quanto maior o uso de estratégias focalizadas no problema, menor a depressão.

**Tabela 19.** Intercorrelações entre as variáveis estudadas para avaliar a eficácia da intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Foco no problema	-										
2. Foco na emoção	0,041	-									
3. Religiosidade/P. fantasioso	-0,134	0,034	-								
4. Busca de suporte social	-0,212	-0,040	0,228*	-							
5. QV física	0,052	0,087	-0,066	0,039	-						
6. QV psicológica	0,138	0,137	0,003	0,031	0,024	-					
7. QV Relacionamento social	-0,086	0,064	-0,011	-0,125	-0,060	-0,177	-				
8. QV ambiente	0,035	-0,150	0,034	0,059	-0,186*	0,108	0,278	-			
9. QV total	0,152*	0,023	0,077	-0,158	-0,031	0,037	-0,146	-0,022	-		
10. Ansiedade	0,093	-0,098	-0,160	0,151	0,003	-0,061	-0,368*	-0,137	-0,032	-	
11. Depressão	-0,249*	-0,099	-0,324*	-0,152	0,046	-0,022	0,055	0,012	-0,045	0,064	-

\*p&lt;0,05

A estratégia de enfrentamento busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso correlacionou-se positivamente apenas com a estratégia busca de suporte social, denotando que quanto maior a busca por suporte social, maior a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Esta estratégia correlacionou-se também negativamente com a depressão, mostrando que quanto mais o paciente utilizar práticas religiosas e pensamentos fantasiosos, menor será o risco de desenvolver um quadro depressivo.

O domínio físico da qualidade de vida correlacionou-se negativamente com o domínio ambiente da qualidade de vida, indicando que quanto pior o domínio físico, melhor ele avalia seu ambiente. Foi encontrada também correlação negativa entre a ansiedade e o domínio de relações sociais da qualidade de vida, o que indica que quanto melhor o paciente avalia suas relações sociais, menos ansiedade experimenta.

### 5.6 - Avaliação da intervenção através do questionário diretivo

A seguir, encontra-se descrita a avaliação da intervenção realizada com o questionário diretivo, pelas participantes que integraram a intervenção.

Motivação para participar: Indicaram o momento do convite como o fator determinante para sua participação na intervenção.

Tempo de duração: Duas participantes referiram satisfação, enquanto uma sugeriu que este tempo poderia ser maior.

Periodicidade semanal do grupo: Duas participantes assinalaram que foi apropriada, enquanto uma sugeriu que poderia ocorrer duas vezes por semana.

Duração de duas horas para o encontro: Todas informaram satisfação.

Horário utilizado para os encontros: Classificado por todas como insatisfatório, referindo preferência pelo horário utilizado pela manhã. Referiram que o horário inicialmente escolhido causa dificuldades para quem utiliza transporte público e pelo trânsito no final da tarde.

Se o grupo atendeu às suas necessidades: Duas participantes assinalaram que a intervenção atendeu “bem o suficiente”, enquanto um deles respondeu “muito bem”, sinalizando satisfação de todos com a intervenção.

Sugestões de melhoria: Não houve sugestões de melhoria para a intervenção.

Avaliação do palestrante: O médico convidado foi pontuado com a nota 10 por todos os participantes.

Avaliação da pesquisadora: A pesquisadora foi pontuada com duas notas 10 e uma 9. Uma participante deixou como observação ser importante manter a seqüência entre os encontros, o que foi prejudicado pela mudanças nos dias e horários destes.

Auto-avaliação: Duas pacientes se avaliaram com a nota 8 e uma com a nota 7, esta última justificando que teve dificuldades pelo pequeno tamanho do grupo e distanciamento entre as sessões.

Avaliação separada de cada tema: Foi calculada a média das notas que cada participante deu aos temas, presentes na tabela 20.

**Tabela 20.** Avaliação dos temas pelas participantes.

<b>Tema</b>	<b>Nota média</b>
Compreendendo o câncer e seus tratamentos	10
Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos	9
Comunicando preocupações e sentimentos	8,7
Manejando problemas emocionais e físicos	9,3

Ganhos relacionados à participação no grupo:

(a) melhoria na estratégia busca de suporte social: “*Descobri diversas coisas, como pedir ajuda. Ajudou a expor os sentimentos para as pessoas ajudar*”;

(b) melhoria da informação: *“Ajudou muito. Estava perdida. Hoje estou por dentro do assunto e explico para a família.”*, *“Fui alertada com palestras”*;

(c) contato com a experiência de outros pacientes: *“os exemplos de pacientes, isso me ajudou bastante”*.

Suporte psicológico após a intervenção: Todas assinalaram a importância de manter disponível o Serviço de Psicologia para quando houver necessidade.

Comentários finais: Todas elogiaram a intervenção, demonstrando satisfação com a mesma *“Foi ótimo. Teve muita amizade com todos que estavam dentro”*

*“Foi muito boa as palestras”*

*“Tudo certo!”*

### **5.7 – Análise dos relatos e conteúdos presentes nas entrevistas**

Seguindo as orientações de Bardin (2002) e Lima (2003), primeiro foi realizada uma leitura das entrevistas realizadas em cada fase da pesquisa. Cada entrevista foi lida do início ao fim e foram identificados, com uso da ferramenta comentários do *Software Microsoft Word 2007*, os diferentes temas presentes. As categorias mais evidentes a partir da primeira leitura deram origem à primeira categorização dos textos das entrevistas. Nessa primeira etapa de categorização, as unidades temáticas foram reunidas em torno de oito categorias gerais: (a) contexto da doença; (b) contexto do tratamento; (c) causas relacionadas ao câncer; (d) significado do câncer para o indivíduo; (e) habilidades de comunicação com a equipe de saúde; (f) contexto social; (g) estratégias de enfrentamento; (h) intervenção psicoeducacional.

Feita a primeira classificação, surgiu a necessidade de adotar novas categorias e refazer a classificação dos temas, que foram separados de acordo com a fase da pesquisa. Esse processo de organização e análise se repetiu várias vezes até que as categorias ganhassem unidade e independência. Assim, novas categorias foram adotadas, algumas desdobradas, outras excluídas.

Ao final da análise e organização do material transcrito, foram identificadas as categorias e subcategorias apresentadas a seguir. Nos Anexos 11, 12 e 13, podem ser encontradas as especificações de cada subcategoria e as descrições funcionais destas.

## **Categorias e subcategorias da fase 1**

1. Contexto do diagnóstico de câncer e início dos tratamentos
  - A identificação da necessidade de auxílio médico
  - Os comportamentos desencadeados pela percepção dos sintomas e prejuízos físicos
  - A relação com os serviços de saúde
  - Reações que sinalizam dificuldades emocionais diante da confirmação do diagnóstico de câncer: tristeza, medo, sensação de derrota
  - Reações adaptativas diante da confirmação do diagnóstico de câncer: aceitação
  - Relato de reações que sinalizam dificuldades emocionais dos familiares diante da confirmação do diagnóstico de câncer: pânico, insegurança, tristeza, choque
2. O câncer
  - Crenças sobre a causa do câncer
  - Significado do câncer para o paciente
3. A rede de suporte social
  - Suporte social emocional
  - Suporte social instrumental
  - Suporte assistencial oferecido pelo governo ao paciente oncológico
4. O contexto do tratamento cirúrgico
  - Suporte social emocional
  - Suporte social instrumental
  - Prejuízos físicos
  - Prejuízos psicossociais
  - Adesão às recomendações
5. O impacto do câncer e seus tratamentos
  - Mudanças de comportamento em função da doença
  - Medos desencadeados por ter câncer
  - Reações que sinalizam dificuldades emocionais para lidar com a doença
  - Prejuízos psicossociais
6. O relacionamento com a equipe
  - Comunicação com a equipe
  - Satisfação com o tratamento
7. Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e seus tratamentos
  - Foco no problema
  - Foco na emoção
  - Busca de práticas religiosas
  - Busca de suporte social
  - Regulação emocional
8. Sobre a intervenção psicoeducacional oferecida
  - Expectativas

## **Categorias e subcategorias da fase 2**

1. A rede de suporte social
  - Suporte social emocional
  - Suporte social instrumental
  - Suporte assistencial oferecido pelo governo ao paciente oncológico
  
2. Contexto do tratamento quimioterápico
  - Prejuízos físicos
  - Melhora dos prejuízos inicialmente presentes
  - Prejuízos psicossociais
  - O período entre os ciclos de quimioterapia
  - Adesão às recomendações
  - Expectativas
  
3. O impacto do câncer e seus tratamentos
  - Mudanças de comportamento em função da doença
  - Medos desencadeados por ter câncer
  - Reações que sinalizam dificuldades para lidar com a doença
  - Reações que sinalizam capacidade para lidar com a doença
  - Relato de reações que sinalizam capacidade dos familiares para lidar com a doença
  - Prejuízos psicossociais
  - Problemas concorrentes
  
4. Relacionamento com a equipe
  - Comunicação com a equipe
  - Satisfação com o tratamento
  
5. Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e o tratamento quimioterápico
  - Foco no problema
  - Foco na emoção
  - Busca de práticas religiosas
  - Pensamento fantasioso
  - Busca de suporte social
  - Regulação emocional
  - Outros
  
6. Sobre a intervenção psicoeducacional oferecida
  - Comportamentos adaptativos percebidos como resultado da intervenção
  - Outros ganhos percebidos
  - Sugestões
  - Problemas identificados

## **Categorias e subcategorias da fase 3**

1. O câncer
  - Sobre a causa do câncer



2. A rede de suporte social
  - Suporte social emocional
  - Suporte social instrumental
3. Contexto do tratamento quimioterápico
  - Prejuízos físicos
  - Prejuízos psicossociais
  - O período entre os ciclos de quimioterapia
  - Progressão da doença em vigência de tratamento
4. O impacto do câncer e seus tratamentos
  - Mudanças de comportamento em função da doença
  - Mudanças de comportamento dos familiares em função da doença
  - Medos desencadeados por ter câncer
  - Reações emocionais que sinalizam dificuldades emocionais do paciente
  - Reações adaptativas do paciente
  - Reações emocionais que sinalizam dificuldades emocionais dos familiares
  - Reações adaptativas dos familiares
  - Recuperação psicossocial
  - Prejuízos físicos
  - Problemas concorrentes
5. O impacto da progressão do câncer
  - Medos desencadeados por ter câncer
  - Reações que sinalizam dificuldades emocionais do paciente
  - Prejuízos psicossociais
  - Prejuízos físicos
  - Organização do ambiente para o momento do óbito
6. Relacionamento com a equipe
  - Comunicação com a equipe
  - Dificuldade frente às mudanças de médico atendente
7. Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e o tratamento quimioterápico
  - Foco no problema
  - Foco na emoção
  - Busca de práticas religiosas
  - Busca de suporte social
  - Regulação emocional
  - Outros
8. Sobre a intervenção psicoeducacional oferecida
  - Comportamentos adaptativos percebidos como resultado da intervenção
  - Propaganda a outros pacientes
  - Solicitação de continuidade no atendimento

A partir da análise dos relatos nas entrevistas foi possível depreender aspectos importantes envolvidos no contexto do câncer e seus tratamentos, os quais serão descritos a seguir com a apresentação da transcrição literal de alguns trechos das entrevistas.

## CONTEXTO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E INÍCIO DOS TRATAMENTOS

A busca por auxílio médico para S1, S2 e S4-C se iniciou a partir do aparecimento de prejuízos físicos, sendo que S1 esperou que estes prejuízos causassem uma limitação física importante antes de buscar auxílio *“Que procura médico... esse negócio de médico o quê. Vou procurar depois da morte “ e “ ai começou a doer demais, parecia que eu tinha um pau enfiado no cú, não conseguia sentar, queimava. Ai eu fui no médico né, mas já tinha uns dois anos que eu sentia uns mal-estar”*.

S2 e S4-C tiveram o início do tratamento do câncer retardado por erros de diagnóstico, o que favoreceu o avanço da doença até ser diagnosticada, porém não tanto quanto avançou a doença de S1 que adiou a busca de auxílio médico. Diferentemente (talvez em função das campanhas de prevenção), S3 identificou o câncer de mama através de auto-exame e buscou ajuda imediatamente. S3 e S1 foram diagnosticadas na primeira consulta realizada.

Durante o processo diagnóstico, todas as pacientes relataram ter suspeitado que sua doença fosse câncer e se mantiveram preocupadas e ansiosas enquanto aguardavam os resultados dos exames. A suspeita de S1 e S2 teve como antecedente a história familiar com o mesmo tipo de câncer e a similaridade entre os seus sintomas e os dos familiares falecidos. *“Eu já achava que era câncer, na minha família um monte de gente já morreu ou está ruim e tratando dessa doença. Quando ele falou que era câncer...só confirmou que eu também estava com a maligna.”* (S1) *“Porque eu já tive uma irmã que morreu de câncer no intestino, e eu já tava meio que com uma pulga atrás da orelha, né?”* (S2). S3 suspeitou assim que identificou o tumor através do auto-exame. *“Só suspeitava. Não sabia o diagnóstico, nem nada. Só imaginava na cabeça. Isso é, isso é, É ou não é, é ou não é. Ai eu dizia assim: “Isso é, porque ta aumentando!”*(S3).

S4-C começou a suspeitar pela demora na resolução e pelo agravamento em seus sintomas, com aparecimento de uma massa abdominal endurecida. *“Mas eu... eu já pensava assim que essa dor que eu tava sentindo assim direto e os médicos não descobriam, eu já tinha assim na minha mente que podia ser um câncer, que podia virar um câncer”*.

Apesar da forte suspeita e da história familiar, S1 postergou a busca de auxílio médico, negando a possibilidade de estar com câncer e desvalorizando os sintomas percebidos: *“então eu não procurava o médico não, porque eu só pensava e trabalhar e se eu fosse pru médico eu não trabalhava, não ganhava dinheiro. As vez doía, mas não era muito não”*.

A confirmação do diagnóstico provocou dificuldades emocionais, como tristeza, medo e sensação de derrota: *“Eu chorei que só, fui daqui até lá na parada chorando que eu nem lembro de nada até chegar em casa. Minhas pernas ficaram bambinhas, parecia que não tinha chão. Fiquei derrotada”* (S1) *“Eu estou realmente, eu fui jogada no chão assim, eu fiquei lá embaixo. Minha auto estima caiu, mas...”* (S2). *“Eu já sabia, pensava que era, já tinha visto no exame escrito carcinoma sei lá o que, e que isso não era coisa boa, mas quando o dotor falou que era câncer mesmo e que ia tirar minha mama, fiquei sem chão, nem lembro direito como sai de lá. Da uma tristeza assim...”* (S3). Já, S4-C, referiu apego a fé e resignação frente à doença no momento do diagnóstico *“eu não fiquei abalada assim... Até que... não fiquei abalada não. Eu tenho muita fé em Deus, eu não fiquei abalada assim... Eu tenho muita fé em Deus. Ah.. o que tiver que acontecer, né!”* (S4-C).

Todas as participantes relataram dificuldades emocionais dos familiares no momento do diagnóstico *“Minhas filhas ficaram doidas, todo mundo chorando”* (S2) *“Ficam muito abalados, ficam inseguros, né”* (S1). *“Minha irmã não sabia o que falar para mim, ficou, sei lá... estranha.”* (S3) *“Porque foi um choque, né! “Eles ficaram sim bem baqueados.”* (S4-C).

## O CÂNCER

Na primeira entrevista, foram citados como causa do câncer:

(a) o sofrimento emocional *“Elas tiveram eles tudo na adolescência, tudo adolescente. Então foi uma pancada pra mim (engravidarem na adolescência). Então, talvez isso foi até um fator que levou até a esse problema..”* (S2);

(b) o estresse *“Trabalhava dia e noite também, igual uma louca. Eu não sei gente... tem hora que eu fico assim pensando: “Por que será que me causou? Será que foi estresse?”. Eu penso assim que eu trabalhava muito” e “Trabalhava muito no sol, era sem comer, sabe?”* (S3);

(c) o destino/ vontade divina “*Não adianta a gente querer fugir do que tá escrito pra gente, né? “ e “ Não...eu enxergo assim, que é um ...um um uma coisa que estava escrita no meu caminho, que eu tinha que passar por aquilo, né?” (S4-C);*

(d) a herança genética “*Assim, da família da minha mãe, eu falei, como é genética essa doença. Talvez se eu tivesse sangue de outra pessoa, de outra família, isso não tivesse acontecido comigo.*” (S1).

Na fase 3, tais concepções encontravam-se mantidas, porém apareceu a idéia do câncer como uma doença multifatorial: “*Ninguém sabe. Ninguém pode provar. Ele disse que está ligado, tem a ver, mas... “ e “ Não tem nada, não existe, ele falou, assim provado. Ele disse que não tem nada definido, foi uma série de fatores, né?” (S1).*

## A REDE DE SUPORTE SOCIAL

Na fase inicial da pesquisa, as participantes S1, S2 e S4-C relataram que possuíam uma boa rede de suporte social. Já S3 relatou que sua rede de suporte era bastante reduzida e que se sentia envergonhada para buscar suporte emocional e instrumental, avaliando que ao solicitar ajuda estaria se humilhando “*Agora, quando vem prá mim, que eu to precisando de ajuda: “ah, não quero. Ah não, será que não tô me humilhando?” (S3).*

No decorrer da pesquisa, S3 ampliou sua rede de suporte ao utilizar mais estratégias de busca de suporte social “*Quando eu fui lá eu não tinha tempo nem prá tomar banho, nem prá ir ao banheiro, nem prá comer.*” e “*Aí tudo rodeado ali, óh! Que coisa boa. Que riqueza profunda. Eu não sabia que eu era tão rica. Sou rica, não. Sou milionária de amigo*” (S3).

S2, apesar de relatar boa quantidade de suporte, se queixou da qualidade deste “*Porque é assim: todo mundo tem seus compromissos. Ainda continuo, assim, um pouco só, sabe, Juciléia. Mas eu tenho que trabalhar isso “ e “ Elas ficam dizendo que eu sou uma mulher forte “ e “ Aí dão um jeito de ficar pouco, ó, e me deixar “ e “ Eu gostaria de uma atenção maior no decorrer da minha vida, assim, no dia a dia*”. Na última entrevista, essa insatisfação havia diminuído e o relato de comportamentos de busca de suporte aumentado, resultado equivalente ao encontrado no EMEP para o uso desta estratégia “*Elas estão... elas dão atenção a mim, e tudo. “ e “ Ah, os meus irmão me dão o maior apoio. Chega eles me trazem aqui, me pegam aqui, me levam lá para a chácara. Diz: “Ó, na hora que você quiser ir para a chácara é só ligar aqui, a gente pega você.”“ e “ Ah, mas eu, quando eu quero ajuda agora eu peço, né?”*”.

S1 possui uma ampla rede de suporte, assim como S4-C, porém S1 convive com marido alcoolista *“Porque ele bebe e eu não gosto.” e “O que eu queria era que ele não bebesse.” e “Mas também com três latinhas ele tá caindo. Troca as pernas... fica de quatro. Ele fica a semana sem beber, mas aí esse problema meu atinge muito ele.” e “E aquilo ali, eu... me sinto triste nessa parte, né? Porque, ver ele bêbado, chorando. Aí eu já penso até que foi por causa dos meus motivos.”* e evita solicitar auxílio a este e às suas filhas caso não houvesse uma grande dificuldade, para não sobrecarregá-los *“As minhas filhas, sabe, tem os filhos delas, aí eu me viro para não dar trabalho e atrapalhar ninguém”*.

S4-C relatou que solicita auxílio instrumental sempre que necessário, mas que não encontra respaldo entre os familiares para falar sobre suas dificuldades emocionais. Os familiares estão sempre próximos, interagem frequentemente, mas não acolhem as emoções negativas da paciente *“Não...ainda não conversei com ninguém não” e “mas eles...ah... as meninas brigam comigo quando eu falo. ‘Não mãe, a senhora tem que ter fé em Deus que tudo vai se acabar bem, tudo vai dar certo. Não fica preocupada não.’ É só isso que elas me falam, não me deixam chorar nem reclamar” e “ai eu fujo e choro sozinha.”*. Não houve mudança na forma da paciente solicitar e receber suporte e a paciente se manteve insatisfeita com a comunicação sobre a doença entre ela e o marido e pela indisponibilidade dos familiares para ouvi-la quando relatava sofrimento emocional. *“Mas meu esposo fica assim preocupado, mas ele é calado, né”*.

## O CONTEXTO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Todas as participantes tiveram como tratamento inicial um procedimento cirúrgico e foram relatados prejuízos físicos e psicossociais em função da cirurgia.

Para S1 e S3, o procedimento cirúrgico foi mutilador, com a primeira colocando uma bolsa de colostomia e a segunda se submetendo à mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar. A cirurgia mutiladora causou prejuízos na imagem corporal e impôs limitações físicas permanentes: *“Eu queria botar meu cu de volta no lugar. Ah, meu Deus... é só o que me chateia. Eu penso é direto nisso... é sempre. Já pensou? Pára pra pensar, é difícil, né. Você andar com esse trem aqui. Não pode vestir uma roupa apertadinha, porque como é que faz isso se o bicho chapa (se referindo à bolsa)... e o cocô todo dentro. É muito complicado. E desde então eu vivo me sentindo fedendo. Parecendo que tá podre” e “É muito difícil pruma mulher se sentir igual eu estava. Já fui boa*

*cinquenta e um anos, e agora de repente, você vê esse trem aqui. Isso aqui é uma pomba feia demais...*” (S1) *“Fiz sim, tirou tudo, e ficou difícil pra mim suspender o braço, porque pareceu que mexeu no nervo tudo, e da cada ferroada... pior é no frio que ataca mais. “ e “ É... meio sem gracinha quando olha o espelho “ e “ é uma parte assim do corpo né, que na mulher, você fica assim se sentindo torta assim, aleijada, sabe?”*(S3).

Todas as pacientes relataram em algum momento, em função da cirurgia e do próprio câncer, dificuldades relativas à sexualidade. S1, que vinha de um relacionamento conturbado com marido alcoolista, referiu interrupção do contato sexual *“A gente não tá mais dormindo junto, não. Eu não quero e ele tem medo de bater com os pés, com as pernas dele, no meu bucho. Então a gente não tá tendo relação faz muito tempo”*. S2 e S3, que não possuíam parceiro no momento do diagnóstico, demonstraram descrença na possibilidade de um novo relacionamento *“E se eu ir num encontro... vamos dizer que eu marque um encontro... aí eu conto.” e “ você pode ter uma reação, você tem que se preparar porque você pode ter uma reação (de rejeição) dos homens*(S2). *“Estou sozinha há muito tempo, agora é que não ...porque sem peito...(chora) como um homem vai querer uma mulher sem peito que nem era a mulher dele antes?”*(S3). S4-C apesar de não relatar problemas conjugais, também referiu mudanças no seu comportamento sexual *“Não to com vontade e dói também depois da cirurgia”*.

Houve interrupção da atividade laborativa de todas as participantes que trabalhavam (S1, S3 e S4-C), porém S3, ao final da pesquisa, relatou ter iniciado uma atividade compatível com sua limitação física: *“Já comecei até a trabalhar, minha filha! Até a trabalhar!”*).

## O IMPACTO DO CÂNCER E SEUS TRATAMENTOS

O câncer, além de ser rodeado por uma forte tensão social, desencadeia reações como medo e insegurança. Ao longo das entrevistas, todas as pacientes referiram algum tipo de medo desencadeado pelo câncer. O medo de recidiva e da morte foi apontado por S2 *“Se voltar em mim lá na frente? Porque isto pode acontecer. Pode até acontecer a morte.”*. O medo do futuro foi também apontado: *“Eu estava ali deitada pensando: o tempo que se acabou por causa dessa doença. Porque eu tenho tanta vontade de viver, sabe”* (S1). *“Às vezes, na mesma hora em que eu penso em planejar coisas pra mim, assim, outras coisas, aí eu falo: “Mas agora eu já tenho sessenta anos, e agora com essa enfermidade; será que eu vou dar conta?”*(S2) *“Ah eu penso assim... só que eu acho que*

*não vou ser aquela mesma pessoa de antes, né!” e “ Eu acho que eu sinto assim...parece que eu não vou ter mais aquela força que eu tinha antes.” (S4-C). O medo de abandono do cônjuge foi apontado por S1: “Tenho medo de ser abandonada. Não vou mentir”. O medo de sentir dor foi apontado por S3. “eu fico com receio, porque eu fico com medo de doer pra sempre né”.*

Nas fases 2 e 3, o apego à fé utilizado por S4-C proporcionou a minimização dos seus medos. *“Não. Engraçado que medo, nenhum. Eu não tenho tido medo nenhum. Momento nenhum eu tive medo porque confio em Deus. Eu sei que eu vou ficar curada e não tenho medo, não tenho preocupação nenhuma”.*

Além de reações de medo, todas as pacientes tiveram algum outro tipo de dificuldade emocional em função da doença ao longo da pesquisa, como: depressão/tristeza, desânimo, insegurança, sensações ruins, inconformismo, preocupação, ansiedade, angústia e nervosismo: *“que você às vezes fica meio deprimido/ Ah, eu sei lá. Eu tô, eu tô me sentindo bem enfraquecida.” e “De vez em quando a gente chora num cantinho, caladinha” (S1). “Você pode estar tudo bem, de repente você fica um pouco assim, triste por que aconteceu tudo” (S2). “mas às vezes fico ansiosa.” (S4-C) “Não sei porquê. De repente vem assim aquele nervoso” (S3).*

S2 e S3 referiram também insônia após o diagnóstico da doença e início dos tratamentos *“Desde o diagnóstico eu só tomo Lexotan. Senão eu não durmo. Tomo chá” (S2). “Só dormir que tem vezes que eu não durmo. Eu não durmo não sei porquê.” e “eu penso, fico deitada lá pensando, né?” (S3).*

Algumas participantes relataram ter mudado de comportamento a partir do diagnóstico da doença. Na LB, S2 relatou melhora no autocuidado *“Agora, eu não como carne vermelha, eu como muito peixe, eu como soja, como muita salada. É eu que gosto de cuidar, eu não como salada em qualquer lugar.” e aumento do foco no presente “Vou viver cada dia, o dia de hoje. Tenho que viver o dia, esquecer do amanhã e do que ficou para traz. Viver o que tenho hoje”. Na fase 2, S2 relatou, além dessas mudanças, a redefinição de prioridades “É, e em coisas minhas, do dia a dia da minha casa, tirei muitas coisas supérfluas do meu salário, que eu gastava. Que eu fui analisando que não valia pena” e a busca por ampliar sua rede de relacionamentos sociais *“Então, eu to tentando fazer assim, ter mais amigo, ampliar... é... ter convívio com todas as pessoas”. Na fase 3, S2 não relatou novas mudanças e S3 referiu que também está redefinindo suas prioridades “Ah, meus planos é... fazer assim ó, eu estou tentando assim, fazer o que eu dou conta. Eu vou fazer o que eu dou conta. Não vou ficar é assim ó, sabe? de braços cruzados, com**

*preguiça... não vou fazer nada. Ah, porque eu tive câncer*”. S1 e S4-C não referiram perceber mudanças positivas em seus comportamentos desde o diagnóstico de câncer.

## CONTEXTO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Foi comum a todas as pacientes, em menor ou maior grau, a necessidade de lidar com efeitos colaterais da quimioterapia. A paciente S1, que começou o tratamento após as demais e pôde aproveitar o aprendizado adquirido na intervenção desde o primeiro momento da quimioterapia, relatou menor dificuldade para lidar com os efeitos colaterais e menores prejuízos emocionais. *“Eu só dei uma vomitadinha na segunda-feira... ah não... foi na terça de manhã. E reagindo direitinho” e “Eu acho que era mais difícil pra mim. pra você ver oh nem estou agoniada não. Eu to reagindo bem. Eu acho que se eu não tivesse participado eraaa pior... eu tava aceitando, mas não tava sabendo. Agora eu já sei... o risco, já sei como lidar”*.

S2 e S3 foram adquirindo novas habilidades com a intervenção e mudando a forma de lidar com os efeitos colaterais. S2 passou a aproveitar melhor os dias entre as sessões de quimioterapia quando o mal-estar diminuiu, fazendo planos para atividades prazerosas nestes dias *“Porque faço assim, eu faço a quimio aí no primeiro dia eu fico ruim, no segundo dia eu dou uma reagida boa.” e “Pra mim aprender a lidar com computador eu vou para a informática e aí já ocupo. Aí eu me matriculei. Eu espero que no dia eu esteja bem, né?” e “eu aproveitei bastante nas duas últimas semanas”* e S3 aproveitou um dos intervalos para visitar sua filha *“Na última quimioterapia eu fiz que nem foi falado no grupo, peguei e fui pra casa três dias depois”*.

S4-C não referiu habilidades para lidar com os efeitos colaterais *“É. Sem força. Não tenho força, não. (riso sem graça). Fico sem ânimo prá nada”*, demonstrou tolerância a estes *“Dá um mal estar, mas dá para levar bem.”*, e foi a única a relatar ansiedade antecipatória frente ao tratamento quimioterápico *“Só no dia que eu venho fazer a quimio, aí nessa noite eu não consigo dormir. Eu durmo assim aquele sono agitado, sabe. Mas aí já na outra noite já eu durmo bem.”*.

## O RELACIONAMENTO COM A EQUIPE

Na LB, o relato de S3 mostrou que durante as consultas informava sintomas e esclarecia dúvidas com o médico, enquanto o de S2 sinalizou que além de relatar e



esclarecer dúvidas, já possuía boa habilidade de comunicação para discutir seu tratamento. Após a intervenção S2 e S3 passaram a anotar as dúvidas e melhoraram o aproveitamento das consultas “*E eu chego com um monte de perguntas anotadas, porque às vezes eu esqueço.*” (S2). “*Sabe como é que eu tô fazendo? Quando vai se aproximando a consulta, aí vem na lembrança, eu vou anotando tudo num papelzinho, aí não preciso guardar só na minha cabeça e pensar que eu tinha tanta coisa prá falar com o doutor [...] e esqueci tudo*” (S3).

Após a intervenção, S1 passou a questionar mais sobre seu tratamento e participar ativamente deste “*Óh, hoje o doutor veio e já me deu até parabéns, o doutor [...]*” e “*A doutora [...] é que fala: “Dona [S1], eu gostei da senhora... a senhora fala... a senhora quer, a senhora corre atrás, mesmo... e isso é importante...”*”.

S4-C, por sua vez, reconhecendo sua inabilidade para lidar com as informações médicas, procura vir sempre acompanhada por algum familiar que possa auxiliar na compreensão das informações e na comunicação com o médico “*E a minha cunhada também que é enfermeira, né! Ela acompanhou também, ela conversou com o médico.*” e “*sempre qualquer coisa eu corro prá ela e ela me orienta muito porque ela é enfermeira também, né*”.

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PARA LIDAR COM O CÂNCER E SEUS TRATAMENTOS

Todas as pacientes relataram dificuldades físicas e psicossociais em função do diagnóstico e tratamento do câncer, havendo contato constante com contingências aversivas que provocam aumento do sofrimento emocional. Para lidar com essas dificuldades e com o *distress* desencadeado, cada paciente lançou mão de diferentes estratégias de enfrentamento. Aqui, será descrito o perfil de enfrentamento de cada participante ao longo da pesquisa, através dos seus relatos e comparação entre estes e os escores do EMEP.

### **S1**

No início da pesquisa, S1 relatou maior uso de estratégias focalizadas na emoção: (a) recusa em acreditar /negação: “*Eu não acreditava que tudo isso tava acontecendo não, eu não queria nem pensar nisso, achava que estava tudo errado, que o doutor tinha se enganado, que isso não podia ser verdade. Pensava que iam abrir e ver que não era a maldita.*”;

(b) culpar-se: *“Eu me culpo. Porque eu me preocupei muito com o trabalho e me esqueci de mim”* e *“Mas eu me culpo. Eu me culpo é muito”*;

(c) procurar um culpado para a situação: *“Culpo até a família da mamãe, porque eu não sei porque eu puxei pra aquele sangue”*.

Na LB, foram identificadas, ainda:

(a) a estratégia focalizada no problema: *“comparar a coisas piores”*: *“Ainda bem que eu não sou diabética. Porque se eu fosse, ia ser difícil umas coisa dessa.”*;

(b) o apego à fé: *“Meu Deus. Eu dou graças a Deus, por eu estar com ela (bolsa de colostomia). Eu sei o que ela tá me fazendo. Tirou aquelas noites mal dormidas, aquelas dores, o calor, a quentura, a coceira, o incômodo que eu tinha pra caminhar, pra me sentar”*);

(c) busca de suporte social para expressar emoções e obter suporte emocional: *“Eu sempre falo pras minhas meninas. Porque se eu guardar, eu choro.”*.

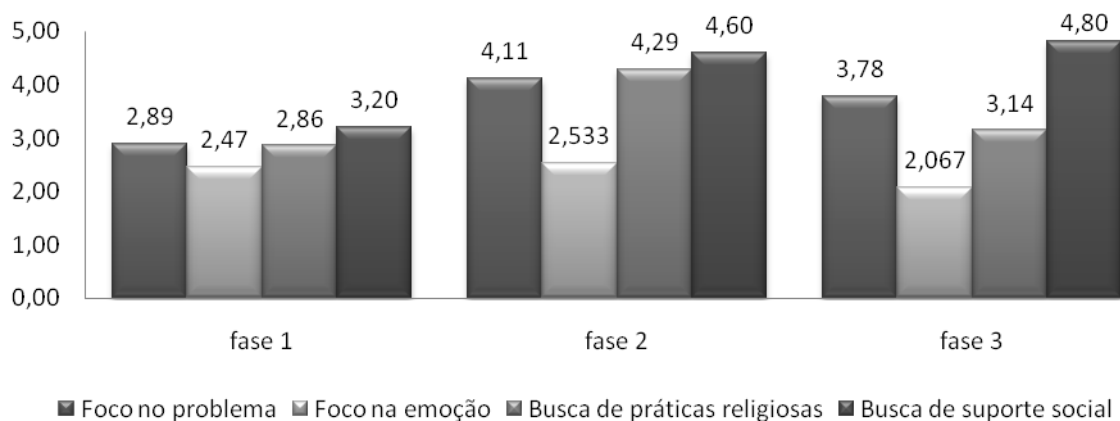
Na fase 2, ainda estavam presentes no seu relato, o “culpar-se”. *“Eu me sinto culpada mesmo. Porque eu só vivia pensando em trabalho”*, a recusa em acreditar /negação *“Eu até ainda tenho dúvida sobre essas mancha aqui. Você acredita? As manchas que deu aí nos exames, eu me pergunto: “Será que é verdade mesmo?”*, o apego à fé *“eu já vi milagre acontecer lá na igreja do Padre Moacir. Iiiichi... eu quero ser uma que quero subir lá e dar meu testemunho, se Deus quiser.”* e busca de suporte social para expressar emoções e obter suporte emocional *“Porque eu sempre ligo pra ela quando eu recebo essas notícias. Eu gosto de conversar com a mamãe... eu converso muito com ela”*. A nova estratégia identificada em seu relato foi o uso da distração para conseguir regulação emocional *“Eu só penso em serviço, gente. Eu me sinto bem me movimentando quando to no serviço”*.

Na fase 3, S1 manteve a busca de um culpado para a situação *“Eu vou largar os bordados meus”* e *“Vou isolar aquelas máquinas. Porque eu tenho medo de ser por causa disso, assim, que eu fico lá mexendo na máquina e esse trem cresce.”*, o apego à fé *“muié, pra enfrentar esses problema, só Deus mesmo na causa. Só mesmo com muita fé em Deus... porque vai ser difícil.”*, a busca de suporte social para expressar emoções e obter apoio emocional *“Eu liguei, minha mãe tá aí. Ela vai vim hoje à tarde mais a minha menina.”* e *“Só que eu liguei pra elas vim pra nós ir juntas vê se isso progrediu”* e a distração *“Eu nem me lembro da doença. Tu acredita? Não lembro de jeito nenhum”*.

(trabalhando com costura) *Eu acho que eu fico melhor do que tomando remédio*". Neste momento relatou, ainda:

(a) a estratégia focalizada no problema “planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos: *“Eu vou reagir bem. Eu programo um tudo. Minha vida... A minha eu programo. A minha eu estou programando tudo direitinho.”*;

(b) a estratégia focalizada na emoção “demonstrar raiva para quem causa o problema: *“Eu falo pra ele: quando eu sair dessa outra quimio aqui, eu vou vazar. Vocês não vão saber nem notícia de mim. Ninguém. Vou sumir. Vou caçar a casa de alguma pessoa e vou me esconder”*”.



**Figura 23.** Perfil de enfrentamento de S1.

No perfil de enfrentamento de S1 (ver Figura 23), segundo a EMEP, percebe-se aumento significativo no uso de estratégias focalizadas no problema, entretanto, nos relatos de S1 há um uso limitado destas estratégias. Na LB foram relatadas estratégias predominantemente focalizadas na emoção, seguidas por busca de suporte social e de práticas religiosas.

S1 diminuiu o relato de estratégias focalizadas na emoção nas fases 2 e 3, e aumentou o relato de busca de suporte social e de práticas religiosas, achado que corresponde aos escores de S1 na EMEP. Identificou-se também a utilização da estratégia distração, que tem como objetivo a regulação emocional e não é contemplada pela EMEP.

## S2

Na LB, não houve relato de estratégias focalizadas na emoção e predominaram as estratégias focalizadas no problema, sendo identificadas as seguintes:

- (a) tentar ser mais forte e otimista: *“Eu trabalho, na minha cabeça que eu vou, então desde que eu operei que eu fiquei o tempo todo só, que eu disse que eu só vou pensar de forma positiva”*;
- (b) evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia: *“Aí eu vim. Vim com tanta tranqüilidade, que eu digo que tive todo um preparo violento para ficar assim, porque aquilo ali acaba com qualquer um.”*;
- (c) concentrar nas coisas positivas da vida: *“Eu agora assim, saio de manhã, ando devagarzinho e agradeço aquele sol, quando é chuva eu também agradeço, pelo clima de chuva.”*;
- (d) buscar informações: *“gosto de estar sempre informada. Não quero que me escondam. Porque eu preciso saber” e “Eu leio tudo que me dão a respeito.”*;
- (e) comparar a coisas piores: *“Mas eu tava ali com alegria, porque havia outras pessoas também com problemas sérios”*;
- (f) se concentrar em algo bom que possa vir desta situação: *“De repente eu estou passando por uma provação, até de uma forma positiva pra mim. Eu tenho que passar por isso” e “que é até pra mim fazer uma mudança pra minha vida, pra por para fora.”*;
- (g) considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela: *“e eu acho que eu tenho que viver também um pouco pra mim, eu tenho viver outras coisas.”*;
- (h) planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos: *“Minhas roupas de cama eu trocava todo dia, minhas camisolas eu sempre lavava. Tudo com muito cuidado. Separei minhas leituras”*.

Relatou, ainda:

- (a) busca de práticas religiosas: apego à fé e rezar/orar: *“Então, eu reconheço que Jesus Cristo assim, tem sido meu amigão” / “eu fui muito em oração o tempo todo, fiquei em oração e fui bem desprendida, eu fui desprendida”*;
- (b) busca de suporte emocional e instrumental: *“às vezes eu ligo pros meus irmãos” e “tenho dois amigos que são médicos, né? Aí pedi pra eles...”*;
- (e) oferecer suporte às pessoas com dificuldades: *“Então vamos conversar, vamos dar atenção as pessoas, vamos ouvir a doença dos outros também. Não de falar, mas de ouvir no sentido de dar uma ajuda no sentido também de apoiar”*;
- (f) uso de bom-humor: *“a gente tem que brincar um pouco pra relaxar, né? Até fala da doença na brincadeira, né?”*;
- (g) distração: *“Nos dias cinza eu coloco música.” e “ou fico lendo, sempre estou lendo, sempre. Então eu distraio, dou uma volta, um pouquinho”*.

Na fase 2, predominaram ainda as estratégias focalizadas no problema, mantendo relatos de:

- (a) tentar ser mais forte e otimista: *“Tenho que pensar mesmo que eu vou passar, que tá tudo bem, que isso é uma fase”*;
- (b) busca de informações: *“Aí eu to lendo uns livro tão bom...O Código da Vida... olha o que ele fala: são experiências verídicas que vão transformar a sua vida.”*;
- (c) considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela: *“Dessa daí eu vou sair mais experiente. Porque dessa tem que haver uma mudança grande no ser humano”*.

Foi identificada também a estratégia focalizada no problema “evitar comportamentos impulsivos”: *“Quando eu vou tomar uma decisão, eu tenho que dosar e pensar bem. Tenho que fazer assim; porque senão como é que eu vou viver e decidir a minha vida?”*.

Manteve o uso de:

- (a) busca de práticas religiosas, o apego à fé e rezar/orar: *“Além de fazer esse tratamento, vou procurar ficar mais lá na igreja”*;
- (b) busca de suporte social: *“E eu digo: “Preciso. Preciso de vocês, sim. Eu fico fazendo as coisas porque eu estou viva, porque eu estou bem, porque eu tenho que caminhar, porque eu tenho que cuidar da minha vida. Mas não quer dizer que eu dou conta, assim, de tudo, não. Então, eu preciso também de vocês.”*;
- (c) uso de bom-humor: *“(risos) Já pensou, [...]? Aqui até dava pra fazer uma arvorezinha... dava. Agora eu vou tatuar na minha cirurgia? Eu já to com uma tatuagem”*;
- (d) distração: *“Peguei fitas (vídeo) boas. Eu li, arrumei minhas gavetas. Eu sai, eu fui na casa das meninas. Eu visitei. To dirigindo, né”*.

As novas estratégias identificadas foram:

- (a) a estratégia focada na emoção “brigar consigo mesmo”: *“E eu me olho no espelho: “Você,[..], não é mulher pra entrar em depressão.” E eu fico conversando comigo, para mim ver se eu não entro em depressão”*;
- (b) prática de respiração diafragmática e meditação: *“Relaxamento todo dia eu faço porque é bom”*;
- (c) evitação de pessoas e contextos negativos: *“Desliguei daquele jornal que só tem coisa horrível, e fui ler tudo do grupo”*;
- (d) escrever diário: *“Aí eu comecei, assim, até a escrever. Eu até com a minha agenda, e comecei a escrever coisas de tudo o que eu faço durante o dia”*.

Na fase 3, S2 mantém relatos mais frequentes de uso de estratégias focalizadas no problema:

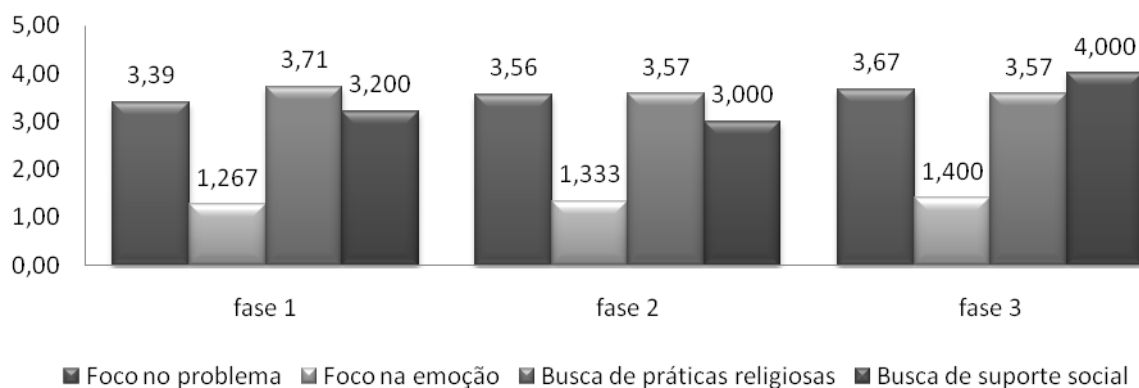
- (a) tentar ser mais forte e otimista: *“Eu digo: ‘Vai estar!’ Falei assim para ele”*;
- (b) evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia: *“Não estou ficando muito tensa porque... estou ficando mais relaxada... mais serena possível para não atrapalhar”*;
- (c) buscar informações: *“Agora, depois, eu já estou acabando de ler esse (livro indicado pela pesquisadora)... eu leio um livro atrás do outro”*;
- (d) considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela: *“Às vezes acontece uma coisa até para você... um ponto de mutação, para você mudar mesmo. Muda a partir dali”*.

Foram mantidas também:

- (a) a busca de suporte social: *“Eu quero estar por perto porque eu quero ter o carinho de vocês, dos meus netos. Tenho até a oportunidade de morar no Nordeste, mas não vou, porque ficar perto de vocês pra mim é bom.”*;
- (b) a distração: *“Eu dou uma volta, eu fico assim, eu dou uma volta, vou lá embaixo, converso com o pessoal para ver se eu esqueço, não fico querendo ficar em cama, sabe?”*;
- (c) a prática de respiração diafragmática e meditação: *“To. Todo dia eu faço porque ajuda muito”*;
- (d) a evitar pessoas e contextos negativos: *“Porque eu não quero coisas muito tristes” e “Então eu quero coisa assim, mais leve para mim. Entendeu,[..].? Estou fazendo essas escolhas”*.

S2 relatou que, com a doença, houve uma mudança no seu papel familiar. Ela deixou o papel de cuidadora e precisou aprender a solicitar cuidado. No início, houve ressentimento pela demora dos familiares para se adaptarem a este novo tipo de interação. Nos relatos foi identificado o aprimoramento das estratégias para busca de suporte social após a intervenção, o que resultou na diminuição da insatisfação com este: *“mas eu, quando eu quero ajuda agora eu peço, né”*.

O aumento na busca de suporte social coincide com o aumento nos valores encontrados na EMEP para esta estratégia. Como no perfil de enfrentamento traçado pela EMEP (Figura 24) a paciente também relata frequentemente buscar práticas religiosas e usar estratégias focalizadas no problema, e aumentou moderadamente o relato de estratégias focalizadas na emoção. Identificou-se, também, a utilização da estratégia distração para regulação emocional.



**Figura 24.** Perfil de enfrentamento de S2.

### **S3**

Identificaram-se na LB relatos das estratégias focalizadas no problema:

- (a) busca de informações: *“Aí eu vou, eu informo, sabe?”*;
- (b) insistir e lutar pelo que quer: *“Porque, como se diz por aí, se a gente não lutar mas quem que vai lutar pra mim, né? A gente não pode ficar quieta não”*;
- (c) comparar a coisas piores: *“Às vezes penso que a gente não está das pior. A gente vê pessoas que tem pessoas muito ruins, ichi gente”*;
- (e) buscar diferentes soluções para o problema: *“Só se eu arrumar assim um serviço mais leve né, que eu dê conta de fazer, como se diz, não to total assim, inválida, total não”*.

Também foram identificadas as estratégias focalizadas na emoção:

- (a) culpar-se: *“Às vezes eu fico pensando que eu não fiz os exames rotineiros, né? Não fiz mesmo não. Aí foi por minha culpa que eu não fiz”*;
- (b) brigar consigo mesmo: *“Absurdo, aí eu brigo comigo mesmo, sabe? Caladinha, comigo mesma, sem ninguém saber”*.

Nesta fase, também foi identificada busca de suporte social, mas com ênfase no suporte instrumental. *“Conversei com um e com outro pra conseguir marcar logo uma consulta, ia pedindo “ e “ Porque nessas horas a gente tem que falar com todo mundo pra vê se alguém pode ajudar né. Não adianta esconder não”*.

Na fase 2, pode-se identificar:

- (a) tentar ser mais forte e otimista: *“E tô pensando bem forte, dentro do meu cérebro, que tô saindo, tô terminando. Tô terminando. Vai ficar tudo bem”*;
- (b) busca de suporte instrumental: *“Aceitar ajuda não queria não, agora eu aceito e peço mesmo”*.

As novas estratégias identificadas foram:

(a) evitar pessoas e contextos negativos: “*Eu evito. Tem essas pessoas que eu evito de tá na presença. Eu evito. Essas pessoas que fica fazendo eu lembrar de coisas ruins*”;

(b) uso de distração: “*Agora o que eu quero é brincar “ e “ Aí eu brinco de boneca (com crianças da vizinhança), brinco de carrinho, eu boto um colchão no chão, deita todo mundo em cima*”.

Na fase 3, foram mantidos relatos sobre:

(a) buscar diferentes soluções para o problema: “*Eu não posso pegar peso né? por causa da (mama), só assim. Aí eu levo uma pessoa comigo e tem direito a acompanhante*”;

(b) culpar-se: “*Ah, eu me culpo sim. Às vezes, quando eu trabalhava muito, né?*”;

(e) distração: “*Demora a vir (pensamentos ruins). Vem assim... porque eu enterto muito assim fico brincando, com menino na rua*”.

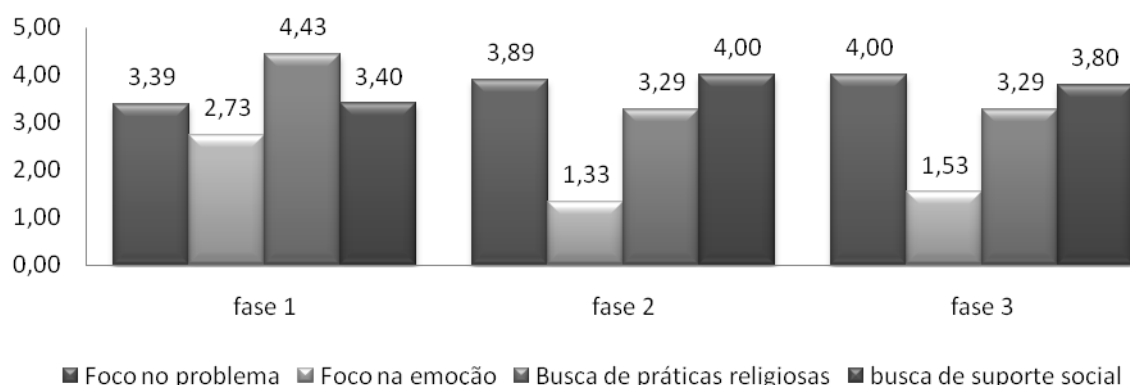
As novas estratégias identificadas foram:

(a) evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia: “*Aí, dá aquela coisa assim... “Ah, vou esquecer isso.” Aí some e não estorva minhas coisas.*”;

(b) apego à fé: “*O que eu penso agora é fé em Deus. Seja o que Deus quiser*”;

(c) buscar suporte emocional: “*Eu sou mais na rua mesmo, sabe? Eu fico mais na rua. Em casa eu não gosto de ficar porque é sozinha, e é ruim. Se fala com um e com outro logo fica bem*”;

(d) evitar pessoas e contextos negativos: “*Agora, eu é que estou correndo das pessoas que querem ficar falando de histórias ruins*”.



**Figura 25.** Perfil de enfrentamento de S3.

Nos relatos de S3 não esteve presente a busca de práticas religiosas como indica o elevado escore na EMEP, porém foram identificados o aumento no relato de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e a diminuição de relato de estratégias focalizadas



na emoção, como é demonstrado no perfil de enfrentamento traçado pela EMEP (Figura 25).

Após a intervenção seu padrão de interação mudou, seu repertório de busca de suporte foi ampliado, assim como sua rede de interação social. Este relato coincide com o aumento significativo no uso da estratégia busca de suporte social encontrado na EMEP.

#### **S4-C**

Na LB, não foram identificados relatos de estratégias focalizadas na emoção. Predominavam em seu relato a busca de práticas religiosas e o apego à fé. *“Então, eu tenho que passar e eu agarro em Deus, eu tenho fé em Deus que vou passar e que vai dar tudo certo”*.

Também estavam presentes, porém com menor frequência do que a busca de práticas religiosas, relatos de estratégias focalizadas no problema:

- (a) tentar ser mais forte e otimista: *“To confiante que vai dar tudo certo! Sou forte, vou conseguir.”*;
- (b) insistir e lutar pelo que quer: *“Você enfrenta, né! Tem que enfrentar, né!”* e *“Se tem que enfrentar, eu vou e enfrento.”*

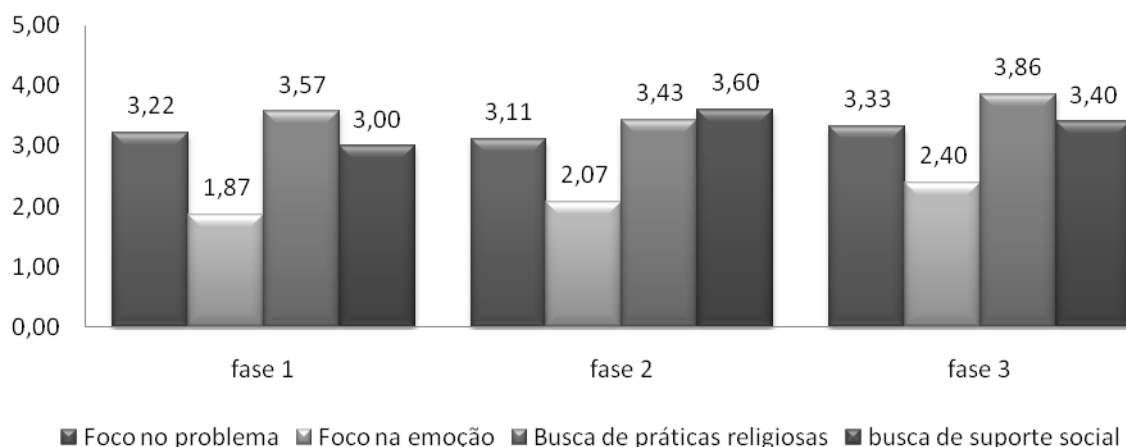
Na fase 2, identificou-se:

- (a) busca de práticas religiosas - frequentemente relatada: *“Acho que é porque eu confio muito em Deus. Eu agarro muito a Ele.”* e *“Eu sempre agora conto com as minhas orações”*;
- (b) busca de suporte emocional: *“Falo prá elas.”* (ao ser questionada se falou aos familiares sobre a tristeza que relatou na entrevista);
- (c) busca de suporte instrumental: *“Eu sempre procuro conversar com alguém antes de agir”*;
- (d) distração: *“Quando vem alguma preocupação eu procuro ao máximo disfarçar da preocupação. (risos) É. Já vou, às vezes eu pego meus netinhos, vou brincar com eles. Aí esqueço das preocupações. Não, não vai ser nada, vai passar rapidinho”*;
- (e) planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos: *“Eu sempre eu penso assim, eu tenho que resolver tal coisa, eu vou fazer assim e assim. Já penso bem antes”*.

Na fase 3, o apego à fé continua predominando em seu relato. *“Sei lá, é bem mais fácil, a gente tendo aquela crença fica bem mais fácil a gente recuperar. Porque não adianta você ta fazendo o tratamento e não ter fé que você vai curar. Antes deu fazer a cirurgia eu fiz tratamento de cura, eu fiz cirurgia espiritual, lá”*

O uso da distração novamente foi identificado. “*Ai você conversa com um, conversa com outro, ai distrai*”.

Aparece a estratégia focalizada no problema “evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia”. “*Eu procuro esquecer, eu não gosto nem de ficar pensando na doença. O melhor é esquecer, já passou, e eu eu disfarço o pensamento e procuro esquecer*”.



**Figura 26.** Perfil de enfrentamento de S4-C.

No seu perfil de enfrentamento de S4-C (Figura 26) a busca de práticas religiosas se sobressai às outras estratégias e o escore para estratégias focalizadas no problema se mantém constante. Diferente do que foi identificado nos relatos, a EMEP mostra aumento no uso de estratégias com foco na emoção.

## SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

Os discursos dos pacientes nas fases seguintes à intervenção foram avaliados buscando comportamentos adaptativos desenvolvidos após a participação no grupo. Foram classificados como mudanças desenvolvidas através da intervenção apenas os comportamentos percebidos e relatados pelo paciente como resultado da participação no grupo, pois outros fatores também poderiam contribuir para o processo adaptativo.

Foram identificados os seguintes comportamentos adaptativos relatados pelas participantes como resultados da intervenção:

(a) Aceitação e busca de suporte social: “*Como é que diz, né. A gente muda, né. Igual você tava falando, essas coisa de não querer ajuda. Aí a gente entra no grupo, agora eu to*

*aceitando de braços aberto, todo mundo que quiser ajudar eu aceito. Não sinto mais que estou humilhada. Não sinto de jeito nenhum.”* (S3);

(b) Melhor habilidade de comunicação e aproveitamento da consulta médica: *“hoje o doutor veio e já me deu até parabéns, o doutor.”* e *“A doutora [...] é que fala: ‘Dona [...], eu gostei da Senhora... a Senhora fala... a Senhora quer, a Senhora corre atrás, mesmo... e isso é importante. Ai eu disse que aprendi tudo com você’* (S1) *“Saio da consulta satisfeita. Já aprendi. Aprendi tudo no grupo. Eu não sabia, não.”* (S3);

(c) Melhor enfrentamento: *“Enfrentei isso aqui de boa pra você ver né.”* e *“Eu acho que se eu não tivesse participado eraaa... eu tava aceitando, mas não tava sabendo. Agora eu já sei... o risco, já sei como lidar.”* (S1) *“O que você fez conosco foi fortalecer. Essa terapia faz a gente enfrentar a doença, assim, com a cabeça erguida. Teve uma melhora assim... você vai trabalhando a sua mente, vai olhando o mundo, desse jeito, as coisas, assim... Você vai crescendo dessa forma. Já tenho uma outra linha de raciocínio”* (S2). *“O nome Aprendendo a Enfrentar é o nome mais certo prá isso aí. Aprendendo a Enfrentar! Não é olhar o problema, é enfrentar.”* e *“Nooossa como estou dando conta! Eu aprendi a viver mais, foi isso aí. Com a convivência, com a ajuda, com tudo que limpa a mente da gente. Cê passa a enxergar as coisa como você nunca enxergou. Tá vendo como muda?”* (S3);

(d) assertividade para lidar com o estigma do câncer: *“Hoje, tem pessoa que vem falar de derrota tanto, E depois que eu aprendi, a pessoa vem falar e eu digo assim: ‘Não é assim’ Você aprende até responder a pessoa. Você tem que parar prá responder. Dizer prá ela que eu não vou aceitar que ela tá falando as coisa desse jeito. “ e “Eles vêm lá dizendo alguma coisa ruim, eu não aceito. Será que cê tá querendo levar isso prá mim? Eu aprendi. Não, não vou aceitar isso, não”* (S3);

(e) Assertividade ao lidar com a rede social: *“To conseguindo fazer mudanças, assim, por exemplo, eu ajudava demais os outros, agora, eu não to ajudando muito mais, não. Agora eu estou dizendo muito ‘não posso’, ‘não quero’, entendeu. Eu comecei a mudar, assim, até com a minha família mesmo”* (S2).

(f) Melhor auto-cuidado: *“Eu to cuidando mais de mim também... do meu corpo. Mas foi muito bom o grupo. Foi nota dez mesmo. Foi muito bom ter participado. Gostei muito. Ainda hoje eu mostrei pra minha menina aqueles papel todinho”* e *“É. Eu to me organizando”* (S1);

(g) Saber lidar com os efeitos colaterais da quimioterapia: *“Eu digo: Olha, minha filha, eu... eu to meio assim... mas se não fosse eu ter participado dessas palestras e saber o*

*significado do câncer, desse problema que eu vou ter que enfrentar pra mim, como eu reagi, talvez até eu tivesse passando mal, né. Mas assim, passando mal, porque eu não tava sabendo, né. Como eu to sabendo, então eu to tentando. Elas pede uma coisa, eu tento comer um pouco. Se eu não como tudo, eu como um pouco. Se eu não como na hora que elas faz, aí eu peço pra deixar aí e depois eu como, né. Se eu não tivesse participado, eu não sabia nada disso” (S1);*

Outros ganhos identificados como resultados da intervenção foram:

- (a) Contato social *“Eu fiz uma amizade boa com a [...], a [...], né, e você que eu conheci e aquela outra que tava sempre lá” (S1);*
- (b) Aprendizado: *“Foi ótimo, foi muito bom. Me ajudou muito. Apreendi muita coisa” (S1). “faz uma terapia boa... quer dizer... eu li toda aquela papelada. Aquele material que você entregou. Eu li com calma, aquele material, em casa” e “Aí, quer dizer, ali tem toda uma coisa boa pra gente. De alerta, pra você fica atenta” e “O grupo em si, a terapia, foi excelente. Foi bom a terapia em si, o que você colocava lá... tudo isso aí pra mim, foi tudo positivo. Quer dizer: você cresce, você tem que absorver aquilo ali, com planos bons pra você, pra mudança da sua vida” (S2). “Nossa, como foi bom. E como ensina a gente. Oh, no grupo não pode ficar sem ele, nunca. Como ensina.” (S3);*
- (c) Melhor bem-estar emocional: *“Mas do que um pouco. Porque o choque da gente, de qualquer maneira, é meio ruim. Eu pensei que era o fim do mundo e, realmente, se eu não tivesse participado do grupo, eu teria ficado como eu fiquei no dia quando ele me falou que eu teria que tirar o ânus fora” e “Aí como eu já tinha participado, né” (S1). “Olha, eu tenho certeza que tem uns, os primeiros lá, a gente respondeu tudo lá embaixo, com baixo astral. Quando tá cá no último, assim, já tá com o astral lá em cima. Porque a coisa muda. A coisa muda com o passar do tempo. Quanta besteira eu tinha na cabeça. Quanta coisa girava na minha cabeça. E a minha cabeça girava e girava e ninguém tirava, não. Eu só iria sofrer com essas besteira na cabeça” (S3);*
- (d) Autoconhecimento: *“Agora estou fazendo porque eu to mudando. A terapia... com ela eu to parando pra me analisar mesmo. Agora eu to fazendo isso” (S2);*
- (e) Diminuição no valor aversivo da doença: *“Às vezes eu olho prá ela... como é que diz o outro?... normal, de frente. Assim, prá mim, que não é nada. Isso é comum, pode acontecer na vida de qualquer um...” (S3).*

Os participantes também foram questionados sobre as dificuldades e pontos negativos que perceberam na intervenção, mas S2 foi a única a relatar os problemas que identificou, sendo estes:

(a) Tamanho pequeno do grupo: *“O grupo, porque, assim, foi ficando menorzinho e acabou que não ficou todo mundo, reduziu, e eu esperava que ficasse mais gente. Eu esperava que tivesse mais gente porque a coisa fica mais dinâmica, mais animador. A troca é maior.”* e *“Agora, os membros em si...Achei poucos.”*;

(b) Diferença no nível de aproveitamento dos participantes: *“Você dava informação pra elevar, pra levantar a cabeça, e a coisa... Então eu participei de um grupo que eu esperava que fosse mais... E as pessoas em si, e as pessoa em si. Não que eu estou querendo apontar ninguém, mas eu queria pessoas mais pra cima, pessoas mais animadas, pra gente debater mais, e não ficar remoendo coisas cansativas... problemas do dia a dia... entendeu? Então tem coisa que... ah, mas também não tem culpa. Mas eu, pra mim, eu esperava, assim, poder debater mais. E quanto mais gente, mais pessoas, ia ser melhor”*;

Ao longo das entrevistas, os participantes fizeram sugestões para o aprimoramento da intervenção, sendo elas:

(a) Oferecer a todos os pacientes quando saem da cirurgia: *“Devia ser prá outras pessoas também. Não deixa eles de fora, não. Quando assim... que eles operar... que eles têm... você sabe lá o quadro lá, quantas pessoa foi operada. Cê pega o nome deles, tudo, e chama eles. Marca um encontro com a psicóloga. É muito importante. Isso ajuda a pessoa. Essa espera como um todo, faz a gente sofrer demais. Como diz o outro: ‘você tá bem ali, com uma carga e você chega com outro braço, você ajudou demais.. e agora com dois braço carregando, fica mais leve.’ Continua a carga, mas quando termina, né, já dá pra caminhar bem”* e *“ sabe como que é, né? Não fica sem. Seria bom se ficasse sem faltar ninguém agora.”* e *“ Tá vendo? Todos que passa por isso que eu passei, não deixa eles fora, não. Eu não sei se tem, assim, pessoa que vai embora. Mas mesmo assim que ele tiver que coisar, não deixa eles de fora, não, [..]. E tem uma coisa: pode ser homem, pode ser mulher. Eu não sei se você pega todo mundo, ou se é pela coisa da turma da idade, né. Ou se é classificado por uma localidade aqui, o mais velho aqui, o mais novo ali, o de quarenta anos lá. Pega tudo. Nossa, como ajuda, Juciléia. Aaaah. Não deixa, não. Não deixa de fora, não”* (S3);

(b) Oferecer a mais pacientes: *“Então o trabalho... porque quando eu falava que vinha pra terapia de grupo, tinha gente que falava que queria entrar. Aí, lá na quimioterapia, eu falava assim: ‘Na segunda-feira eu fiz o trabalho de grupo.’ Por que eu fiz? Eu fazia o trabalho de grupo na segunda e a quimio na terça. Aí às vezes, eu colocava que eu vinha pro grupo e tinha gente que falava que queria entrar e me pedia pra te pedir pra colocar ela no grupo. E eu contava que não sabia porque tinha todo um trabalho de pesquisa e que*

*tinha que conversar com você. 'Eu só sei que não pode chegar lá e dar o nome pra poder entrar.' Só sei que tem muita gente interessada e tem muita gente que precisa mesmo. Tem gente que a cabeça é tão... e uma coisa assim, é um alerta.” (S2);*

(c) Literatura para utilizar no grupo: *“São textos pequenos e você tira coisas que vai servir pra você, Juciléia... pra você trabalhar... pro seu trabalho ajudar, pra você que já tem uma bagagem. Mas sempre é bom acrescentar, né.?” (S2).*

Houve, ainda sobre a intervenção, relatos categorizados como:

(a) Propaganda do serviço de psicologia à outros pacientes: *“Teve uma paciente de lá que se interessou quando falei da terapia com você: 'Ai, eu quero ir ficar com ela.' Porque eu fiquei elogiando você, sabe?” e “Eu estou falando que é bom, da competência dela, que eu gosto dela, que é uma psicóloga e tanto, mas não sei se é para todo mundo. Agora, ela é assim, uma pessoa espetacular, que a gente sente prazer de estar com ela. Agora, eu não sei se é aberto para qualquer um”(S2);*

(b) Solicitação de continuidade no atendimento: *“quando eu quiser vir aqui conversar com você eu venho? Eu ligo para você, que aí eu digo: 'tal dia assim.' 'Tem tal dia [...]’ A gente tem essa liberdade?.” e “É, às vezes conversar pra gente também dar um abraço, vir aqui, e me fortaleço um pouco com você.” e “Eu não quero ficar... me afastar de você, jeito nenhum.” e “ E se você se afastar eu corro atrás de você.” e “Eu corro. Eu gosto de você demais. Eu vou fazer minhas marcações. Se você não me atender eu vou na sua casa.(risos)” (S2).*

Cabe ressaltar que o conteúdo das entrevistas e das respostas às escalas pode ter tido influência de alguma desejabilidade social. Ou seja, a tendência dos integrantes de uma pesquisa a darem respostas consideradas como socialmente aceitáveis, ou de alguma maneira esperadas no contexto da pesquisa (Ribas Jr, Moura, & Hutz, 2004).

## Capítulo 6

### Discussão

A discussão foi organizada em tópicos, considerando-se: (a) a avaliação de eficácia terapêutica da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar”; (b) a percepção dos participantes sobre a intervenção; (c) os aspectos psicossociais do câncer presentes no relato das pacientes; (d) as contribuições e limitações da pesquisa sobre intervenção psicoeducacional em grupo para pacientes oncológicos.

#### **6.1 – Avaliação de eficácia terapêutica da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar”**

Participaram da intervenção “Aprendendo a Enfrentar” três pacientes. Para traçar a LB avaliou-se o nível de *distress*, a qualidade de vida e quais estratégias de enfrentamento as pacientes estavam utilizando para enfrentar o diagnóstico de câncer e seus tratamentos. Alguns autores sugerem que o uso de estratégias de enfrentamento ativas, focalizadas no problema ou na regulação das emoções desencadeadas, seriam mais efetivas para promover a adaptação psicossocial ao contexto de doença e tratamento do que o uso de estratégias de fuga e esquiva (Fawzy; 1990; Livneh, 2000; Stanton & cols.;2007; Trask & cols., 2003).

O tratamento quimioterápico é fortemente relacionado a dor, mal-estar, sofrimento e prejuízos sociais. Este estigma, associado aos efeitos colaterais com os quais o paciente pode ter que lidar ao iniciar o tratamento, torna o período entre sua prescrição e seu início bastante ansiogênico. O paciente, além de precisar lidar com os medos desencadeados pelo diagnóstico de câncer, precisa enfrentar o medo da quimioterapia e os efeitos colaterais da medicação que for prescrita.

Durante a quimioterapia, o funcionamento físico, o contato social e a qualidade de vida poderão sofrer prejuízos, como também os escores para depressão e ansiedade tendem a aumentar ao longo dos ciclos (Terol & cols., 2000). Quanto maior o impacto emocional sentido pelo paciente, maior o risco dele desenvolver náuseas e vômitos antecipatórios, e, desafortunadamente, quanto maior o mal estar gerado, maior o impacto emocional, havendo uma retroalimentação que pode prejudicar a qualidade de vida do paciente e aumentar seu nível de *distress* (Mata & Leonardo, 2003).

A intervenção foi estruturada para auxiliar na adaptação das pacientes ao início da quimioterapia, focando no desenvolvimento de estratégias ativas de enfrentamento, na ressignificação da doença e do tratamento quimioterápico, como também para oferecer

suporte emocional às pacientes. Intervenções para modificar o perfil de enfrentamento são baseadas no modelo transacional de enfrentamento, que considera possível a modificação no uso das estratégias em função de mudanças nos contextos ambientais ou na avaliação que o indivíduo faz deste (Antoniazzi & cols., 1998; Chamon, 2006; Lazarus & Folkman, 1984). As intervenções psicoeducacionais, podem então, interferir no perfil de enfrentamento provocando tais mudanças.

Em uma pesquisa desenvolvida sobre *distress* em pacientes durante a quimioterapia, Decat (2008) indicou que o nível de *distress* é mais elevado no início da quimioterapia. Em uma amostra de 100 pacientes, 76% a 82% dos que iniciavam a quimioterapia foram diagnosticados com elevado nível de *distress*.

A primeira avaliação evidenciou como os pacientes estão lidando com a doença e o período pré-quimioterapia. As pacientes do grupo de intervenção, assim como a paciente controle, não demonstraram necessidade de intervenção para a promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas, de acordo com a EMEP. Com exceção de S1, que apresentou escore abaixo do padrão para estratégias focalizadas no problema, não houve déficits das pacientes no uso de nenhuma outra estratégia avaliada pela EMEP. Entretanto, na análise dos relatos, foram identificadas as estratégias negação (S1), distração (S2, S4-C) e autculpa (S1 e S3), indicadas por alguns autores como prejudiciais ao processo adaptativo por impedirem que o paciente utilize comportamentos apropriados a este fim (Cerqueira, 2000; Gimenes, 1997; Heim & cols., 1997; Holland, 1998; Jim & cols., 2006; Lara, 2006; Livneh, 2000; Stanton & cols., 2007; Trask & cols., 2003).

No relato de S1, fica claro o prejuízo causado pelo uso da estratégia negação quando ela informa que deixou de procurar auxílio médico ao perceber os primeiros sintomas. O mesmo não ocorre com o uso da distração, estratégia referida como forma de tolerar, minimizar ou ignorar a fonte de estresse. Alguns autores enfatizam a importância de avaliar as estratégias de acordo com o contexto onde ocorrem, pois os pacientes podem lançar mão de estratégias de fuga e esquiva para se ajustar às situações que não podem ser imediatamente resolvidas, como o câncer (Gimenes, 1997; Lara, 2006; Peçanha, 2008). Para estes autores, em determinadas situações até mesmo o uso da negação pode ser funcional.

O perfil de enfrentamento avaliado pela EMEP como adequado, com exceção de S1 em relação à estratégia focalizada no problema, não reduziu a necessidade de intervenção nas demais variáveis estudadas. Todos os sujeitos obtiveram escores indicativos de ansiedade e depressão, como também de prejuízos nos domínios físico, psicológico e meio



ambiente da avaliação de qualidade de vida. No domínio relações sociais, apenas S2 apresentava um escore acima do padrão, denotando necessidade de intervenção para as demais pacientes.

Estes resultados, inicialmente, levaram ao questionamento sobre a eficácia de promover estratégias de enfrentamento com o objetivo de minimizar o *distress* e melhorar a qualidade de vida das participantes. Seguindo as recomendações da literatura quanto à composição e aos resultados esperados para intervenções psicoeducacionais (Baum & Andersen, 2001; Costa Jr., 2001; Newell & cols., 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Richardson & cols., 1997; Ridder & Schreurs, 2001; Tope & cols., 1993; Trask & cols., 2003), a estrutura do grupo não foi alterada.

Os resultados obtidos na avaliação do *distress* e da qualidade de vida na linha de base indicaram que as pacientes, após o diagnóstico de câncer e em vias de começar o tratamento quimioterápico, apresentaram dificuldades de ajustamento ao contexto. A literatura científica relativa aos aspectos psicossociais relacionados ao câncer corrobora estes achados e indica que esta fase do tratamento desencadeia: reações de ansiedade, depressão, prejuízos na qualidade de vida, piora no funcionamento físico, dificuldades sociais, medo, insegurança, tensão, sensação de desamparo, nervosismo e temor de perder o controle da própria vida. Reações como estas justificam a constante pesquisa para desenvolver programas de intervenção que favoreçam a adaptação dos pacientes (Caponero & Lage, 2008; Eizirik & Ferreira, 1991; Graviria & cols., 2007; Hipkins & cols., 2004; Holland, 1998; Iconomou & cols., 2004; Lakusta & cols., 2001; Lara, 2006; Pasquini & Biondi, 2007; Tope & cols., 1993; Zainal & cols., 2007).

Durante a intervenção, a pesquisadora adotou uma postura acrítica e estimulou constantemente as participantes para trocarem experiências e expressarem suas emoções. A estratégia suportiva-expressiva somada às técnicas de educação em saúde, treino em habilidade de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em comunicação, autoconhecimento, autocontrole e manejo de estresse, compuseram a intervenção “Aprendendo a Enfrentar”. Tais métodos são indicados na literatura como ferramentas importantes para facilitar a adaptação dos pacientes. Os autores estão inclinados a considerar que melhorando o enfrentamento dos pacientes, estes poderão lidar melhor com as adversidades provocadas pela doença. (Baum & Andersen, 2001; Cain & cols., 1986; Fawzy, 1990; Greer & cols., 1992; Holland, 1998; L’Abbate, 1994; National Cancer Institute, 2008; Newell & cols., 2002; Osborn & cols., 2006; Redd & cols., 2001;

Richardson & cols., 1997; Sharpe & Curran, 2006; Souza & cols., 2005; Telch & Telch, 1986; Tope & cols., 1993; Trask & cols., 2003).

A intervenção foi estruturada buscando promover as cinco principais funções do enfrentamento (Cohen & Lazarus conforme citados por Gimenes, 1997), se propondo a ensinar:

- (a) formas para que as pacientes reduzissem as dificuldades ambientais relacionadas ao diagnóstico e à quimioterapia. As pacientes foram orientadas sobre o manejo dos efeitos colaterais para favorecer a recuperação após a aplicação de cada ciclo. Também houve treino em habilidades de enfrentamento, manejo de estresse e solução de problemas;
- (b) estratégias que ajudassem na tolerância ou adaptação ao contexto de doença e tratamento, utilizando, treino em habilidades de enfrentamento e manejo de estresse;
- (c) técnicas que auxiliassem na manutenção do equilíbrio emocional, utilizando estratégias para promover o autoconhecimento e favorecer o autocontrole e o manejo de estresse;
- (d) habilidades de comunicação que favorecessem relacionamentos satisfatórios com sua rede de suporte social.

Os resultados positivos na EMEP durante a primeira fase da pesquisa podem demonstrar alguma insensibilidade do instrumento para identificar pacientes com necessidade de intervenção. Entretanto, nas fases seguintes a escala se mostrou sensível às variações no perfil de enfrentamento, indicando que pode ser uma ferramenta útil para acompanhar as mudanças no perfil de enfrentamento, mas não como ferramenta diagnóstica.

Imediatamente após a intervenção, S1 e S3 obtiveram melhoria significativa ( $p=0,001$  e  $p=0,015$ ) no uso de estratégias focalizadas no problema. Melhoria mantida na avaliação de *follow up*, na qual S1 também apresentou melhoria significativa ( $p=0,003$ ). O mesmo não ocorreu com S4-C, que não apresentou alterações significativas em seus escores. Tal resultado indica que a intervenção psicoeducacional foi eficaz para promover estratégias focalizadas no problema. Apesar do perfil inicial não indicar necessidade de intervenção para estratégias focalizadas no problema, S2 e S3 foram beneficiadas pela participação na intervenção. Já S1, que tinha maior necessidade de intervenção, foi quem demonstrou maior benefício, confirmando que os serviços de psicologia podem ser mais efetivos quando oferecidos aos pacientes de risco ou com necessidade destes (Costa Jr, 2001; Greer & cols., 1992; National Cancer Institute, 2008; Tope & cols., 1993).

Stanton e cols. (2007) encontraram resultados que associam as estratégias focalizadas no problema a indicadores de bom ajustamento. Também na presente pesquisa,

estas estratégias correlacionaram-se positivamente com qualidade de vida total e negativamente com depressão. Sendo assim, intervenções que promovam estratégias focalizadas no problema podem melhorar os resultados adaptativos dos seus participantes.

A avaliação das estratégias focalizadas na emoção através da EMEP mensura conteúdos que indicam a presença de dificuldades emocionais, pois seus itens expressam autoculpa, culpabilização de outros, emoções negativas, esquiva e pensamento fantasioso. Como na EMEP as estratégias focalizadas na emoção representam as estratégias negativas relacionadas à pior adaptação do paciente, e não as estratégias cognitivas utilizadas para regulação emocional (Heim & cols., 1997; Landeiro, 2001; Lara, 2006; Lazarus & Folkman conforme citados por Cerqueira, 2000; Stanton & cols., 2007; Trask & cols., 2003), quanto maior o escore o do paciente neste item da escala, maior a necessidade de intervenção.

Nesta pesquisa, não houve correlação entre as estratégias focalizadas na emoção e as outras variáveis analisadas. Entretanto, enquanto as participantes da intervenção mantiveram ou mostraram queda em seus escores, S4-C mostrou aumento, o que indica que a intervenção foi eficaz para o controle de estratégias negativas focalizadas na emoção. Ainda, S3, a paciente que na LB apresentou o escore mais elevado, foi a única a apresentar significativa redução ( $p=0,003$ ), confirmando que quanto maior a necessidade do paciente maior o benefício da intervenção.

Também houve melhoria significativa ( $p=0,033$ ;  $p=0,051$ ;  $p=0,042$ ) para as participantes da intervenção quanto à busca de suporte social, com estas terminando a pesquisa com escores superiores à da paciente controle, que não teve melhoria significativa em seus escores. Também nesta variável, as pacientes que iniciaram a intervenção com os menores escores (S1 e S2) obtiveram maior benefício.

A busca de suporte social correlacionou-se negativamente com a depressão, indicando que promover a busca de suporte social pode favorecer a diminuição do *distress*. Esta estratégia pode ajudar na resolução de problemas, na redefinição do evento estressor, prover distração para lidar com este, como também formas para expressar ou aliviar as emoções. A necessidade de suporte aumenta com o diagnóstico de câncer, e promover busca de suporte social pode facilitar o processo adaptativo como também pode evitar uma possível queda no uso desta estratégia, em função do aumento da oferta de comportamentos de cuidado (Miller & Kaiser, 2001; Rodriguez-Marin, Pastor & Lopez-Roig, 1993; Terol & cols., 2000).

A busca de suporte social também se correlacionou positivamente com a busca de práticas religiosas, sugerindo que o indivíduo que busca suporte social pode ser mais propenso a buscar práticas religiosas e usar pensamentos fantasiosos, estes voltados à regulação emocional. Durante a validação da EMEP (Vitalino & cols., 1985), esta correlação também esteve presente. No relato das participantes durante o estudo, Deus é mencionado como uma fonte de suporte emocional e espiritual, o que pode ser ilustrado pelos seguintes relatos: “*Então, eu reconheço que Jesus Cristo assim, tem sido meu amigo*” (S1) / “*Então, eu tenho que passar e eu agarro em Deus, eu tenho fé em Deus que vou passar e que vai dar tudo certo*” (S4-C).

Quanto à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso após a intervenção, os resultados foram mistos, com significativo aumento ( $p=0,037$ ) para S1, sujeito que apresentava o menor escore nessa estratégia, mas queda significativa ( $p=0,042$ ) para S3, que apresentava o maior escore na LB. Para S2 e S4-C não houve alterações significativas. A paciente controle, diferente dos resultados nas outras estratégias, terminou com escore maior do que o das participantes da intervenção. É possível que a intervenção psicoeducacional possua componentes – não identificados neste estudo – capazes de interferir no uso dessa estratégia, ou que o contato entre indivíduos com diferentes crenças e comportamentos religiosos possa mediar mudanças comportamentais nos outros integrantes. Nos relatos, S1 e S3 não demonstraram uso freqüente desta estratégia, enquanto S2 e S4-C se referiram freqüentemente ao apego à fé e à busca de práticas religiosas.

A busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso também teve correlação negativa com a variável “depressão”, mostrando que quanto maior o engajamento do paciente neste tipo de estratégia, menor o risco de desenvolver depressão. Sendo assim, o ensino de estratégias para regulação emocional e o uso de técnicas que permitam a expressão de sentimentos e comportamentos relacionados à religiosidade/espiritualidade podem ser ferramentas importante para compor intervenções psicoeducacionais. Estratégias de regulação emocional são fortemente associadas na literatura com uma melhor adaptação à doença e tratamentos (Jim & cols., 2006; Peçanha, 2008; Stanton & cols., 2007).

Em relação ao domínio físico avaliado pelo WHOQOL, todos os sujeitos iniciaram a pesquisa com escores abaixo do padrão, sinalizando que o câncer e o tratamento cirúrgico, ao qual se submeteram antes de ingressarem no Serviço de Oncologia, causaram prejuízos físicos, como dores e desconfortos. Este resultado pode ser ilustrado pelo relato

da participante S3: *“Fiz sim, tirou tudo, e ficou difícil pra mim suspender o braço, porque pareceu que mexeu no nervo tudo, e da cada ferroada... pior é no frio que ataca mais”*. Apenas S1 teve significativa melhoria neste domínio, o que pode ter relação com sua entrada tardia para a quimioterapia e início do controle de sintomas enquanto aguardava pelo primeiro ciclo da medicação.

Oposto ao esperado, o domínio físico correlacionou-se negativamente com o domínio meio ambiente. Era esperado que a piora na condição física prejudicasse o domínio meio ambiente, por ser considerada forte preditora de má adaptação (Terol & cols., 2000). Tal resultado pode sinalizar que as pacientes reavaliaram positivamente alguns aspectos do seu ambiente após a doença. A avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL é realizada através da percepção do paciente. Assim, se o paciente reavalia positivamente seu ambiente, seus escores também são afetados. As pacientes que participaram da intervenção mostraram significativa melhoria em seus escores ( $p=0,034$ ;  $p=0,006$ ;  $p=0,006$ ) no domínio meio ambiente, o que não ocorreu com S4-C.

Algumas pacientes relataram valorizar mais as situações, pessoas e bens após a doença. No estudo de Jim e cols. (2006), a maior aceitação e a reinterpretção positiva da doença associou-se à percepção de que a vida tem perspectiva, sentido e objetivo. Aceitar a doença levaria à formulação de objetivos mais realistas e alcançáveis, aumentando a satisfação consigo mesmo e com seu meio ambiente. A intervenção psicoeducacional pode ter auxiliado suas participantes, apesar do funcionamento físico prejudicado, a reavaliarem positivamente determinados aspectos da sua vida, como também, pode ter promovido a aceitação da doença. Sendo assim, teria contribuído, para a significativa melhoria nos seus escores do domínio meio ambiente. Podemos ilustrar os benefícios para as participantes através dos relatos de S2: *“É, e em coisas minhas, do dia a dia da minha casa, tirei muitas coisas supérfluas do meu salário, que eu gastava. Que eu fui analisando que não valia pena”* / *“Quer dizer: você cresce, você tem que absorver aquilo ali, com planos bons pra você, pra mudança da sua vida.”*

Com exceção de S2, as demais pacientes foram identificadas na LB com necessidade de intervenção para melhorar o domínio relações sociais. Na fase 3, todas as participantes mostraram melhoria em seus escores, porém apenas S3 teve aumento significativo ( $p=0,051$ ). A paciente S1, apesar de melhoria constante nos escores, se manteve com necessidade de intervenção. Na ocasião da validação do WHOQOL, este domínio não contribuiu significativamente para explicar a variância observada na faceta geral de qualidade de vida, como também não apresentou capacidade de discriminação

entre os pacientes e os controles (Fleck & cols., 2000). Este mesmo resultado também foi observado no presente estudo, quando S4-C mostra resultados similares aos obtidos pelas participantes da intervenção.

O domínio psicológico não se correlacionou a outros domínios, mas é considerado responsável por grande parte da variância nos resultados obtidos nas avaliações de qualidade de vida (Power & cols. conforme citados por Seidl & Zannon, 2004). Costantine e cols. (2000) indicaram que os aspectos que compõem este domínio interferem na definição que os pacientes têm sobre qualidade de vida. Todos os sujeitos iniciaram a pesquisa com seus escores indicando necessidade de intervenção, e após esta, as participantes S2 e S3 mostraram significativa melhoria ( $p=0,023$  ;  $p=0,023$ ) no domínio psicológico. Já os escores de S1 não tiveram aumento significativo nem ultrapassaram o escore padrão. A paciente controle, S4-C, também não teve melhoria significativa em seus escores. Portanto, S1 e S4-C terminaram a pesquisa com necessidade de intervenção neste domínio.

Todas as participantes da intervenção apresentavam na fase 3 significativa melhoria na qualidade de vida geral ( $p=0,002$  ;  $p=0,006$ ;  $p=0,001$ ). É interessante notar que houve melhoria também nos escores de S4-C, mas esta não foi significativa. Como qualidade de vida foi correlacionada positivamente com foco no problema, pôde-se inferir que promover este tipo de estratégia através da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar” contribuiu para melhorar a qualidade de vida das suas participantes, resultado também evidenciado pela literatura (Graviria & cols., 2007; Jim & cols., 2006; Lara, 2006; Staton & cols., 2007).

Para avaliar o nível de *distress* foram consideradas três variáveis: suporte social, ansiedade e depressão. Conforme destacado no Capítulo 4, os autores do instrumento PSCAN (Linde & cols., no prelo) consideram com necessidade de acompanhamento: (a) pacientes com elevados escores para ansiedade/depressão, independentemente da avaliação suporte social; (b) pacientes com moderado aumento na ansiedade/depressão, porém isolados socialmente; (c) pacientes, independentemente dos outros escores, que apresentem elevada pontuação no item 19 , o qual se refere à tentativa de suicídio.

Seguindo estas orientações, foram considerados na LB com necessidade de intervenção: (a) S1, pelos elevados escores indicando desordem de depressão e de ansiedade, apesar de ter mais suporte disponível do que o desejado; (b) S2, pelos moderados escores para depressão e ansiedade e pequeno déficit na disponibilidade de suporte; (c) S3, por apresentar escore para desordem de ansiedade e depressão, além de ser

mais isolada socialmente; (d) S4, por ter moderado aumento para ansiedade, mas elevado para depressão (limítrofe para desordem), apesar da grande disponibilidade de suporte social. Todos os sujeitos foram avaliados com risco para *distress* e poderiam se beneficiar da intervenção psicoeducacional em grupo.

As pacientes S2 e S3 tiveram significativa redução da ansiedade na fase 3, mostrando que a intervenção psicoeducacional pode ter influenciado a redução nos escores. Enquanto S4-C, em direção oposta, mostrou aumento significativo em seu escore para ansiedade por ocasião do *follow up*. Hipkins e cols. (2004) afirmaram que após a quimioterapia, o escore para ansiedade aumentou para 47% dos pacientes avaliados. Terol e cols. (2000) também identificaram que o impacto emocional, assim como os escores para depressão e ansiedade, são mais elevados nos últimos ciclos do tratamento quimioterápico. O que pode significar que a intervenção influenciou positivamente sobre a ansiedade dos seus participantes. Todos os sujeitos que participaram da intervenção terminaram a pesquisa com escores inferiores ao limite indicativo de desordem de ansiedade. Apenas S1 não teve queda significativa neste escore e se manteve com ansiedade sub-clínica. Já, para S4-C, houve aumento nos escores para ansiedade.

Houve correlação negativa entre ansiedade e o domínio relação social da qualidade de vida, indicando que com a diminuição da ansiedade pode haver melhoria nas relações pessoais. A intervenção “Aprendendo a Enfrentar” ao promover a busca de suporte social e o aprimoramento das habilidades de comunicação dos pacientes pode ter contribuído para melhorar as relações sociais dos pacientes e reduzir a ansiedade.

Entretanto, a eficácia adaptativa da estratégia “busca de suporte social” depende da existência e disponibilidade da rede de suporte social (Rodriguez-Marin & cols., 1993). Para estruturar um programa de intervenção em grupo devem ser considerados aspectos relativos ao manejo dos pacientes que não possuem rede de suporte social disponível ou recebem suporte social inadequado às suas necessidades. Uma possibilidade seria instituir métodos de *screening* para a identificação das necessidades e dificuldades dos pacientes. Quando identificada a falta de suporte, os pacientes poderiam ser encaminhados para atendimento individual. Quando identificada a presença de comportamentos inadequados por parte dos cuidadores, estes poderiam ser encaminhados para intervenções que possam favorecer comportamentos adequados de cuidado, e os pacientes para atendimento.

A paciente S1 foi reavaliada na ocasião do *follow up*, no mesmo dia em que recebeu a notícia de progressão da doença, o que pode ter interferido nos seus escores na fase 3. As diretrizes propostas pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) orientam que

este é um momento de crise no qual o paciente precisa ser reavaliado para verificar as possíveis alterações no nível de *distress* (Decat, 2008; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Linden & cols., 2005).

A variável “depressão” teve redução significativa apenas para S1, apesar das dificuldades sociais apresentadas e do diagnóstico de progressão da doença. Isto pode ser explicado pela mudança na percepção de S1 sobre suas reações aos eventos estressores após a intervenção. O seguinte relato sobre o momento que recebeu a notícia sobre a progressão da doença ilustra esta mudança: *“Porque o choque da gente, de qualquer maneira, é meio ruim. Eu pensei que era o fim do mundo e, realmente, se eu não tivesse participado do grupo, eu teria ficado como eu fiquei no dia quando ele me falou que eu teria que tirar o ânus fora” e “Aí como eu já tinha participado, né. Aí quando ele falou pra mim: “Olha Dona [S1], você tem uma lesão que tá grande, que tá no fígado, e não tem cirurgia no seu caso. Nós vamos tentar fazer a quimioterapia, pra você ficar boa”. Então eu aceitei, fiquei nervosa, assim, na hora, mas aí eu aceitei de boa.”*

As pacientes S2 e S3 tiveram redução na depressão após a intervenção, terminando a pesquisa sem necessidade de auxílio quanto a esta variável, segundo os escores propostos pelos autores do instrumento. Apenas S4-C, apesar da leve redução, ainda mantinha o escore acima do limite para depressão sub-clínica.

Lembrando que depressão foi negativamente associada ao foco no problema e à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, indicando que a promoção de estratégias focadas no problema durante a intervenção pode ter favorecido a redução dos escores para depressão.

Agregando os resultados das três variáveis ao final da pesquisa, os resultados das avaliações indicam que: (a) S1 não apresentava escores indicativos de *distress* (moderada ansiedade, ausência de depressão e suporte disponível) após a intervenção, mas acabara de entrar em um dos momentos críticos do tratamento oncológico e foi encaminhada para atendimento individual, estando em acompanhamento pela pesquisadora; (b) S2 não apresentava escores para depressão e ansiedade; (c) S3, apesar da moderada ansiedade, não manifestava depressão e demonstrou melhoria na disponibilidade de suporte; (c) S4-C, participante com maior disponibilidade de suporte social, apresentava moderada depressão, mantinha um escore limítrofe para desordem de ansiedade e queda no desejo de suporte social – o que, segundo Terol e cols. (2000), pode acontecer em função de sua elevada oferta. Na fase 3, as pacientes S1 e S4-C ainda encontravam-se com necessidade de intervenção para reduzir o nível de *distress*.



A intervenção “Aprendendo a Enfrentar” mostrou-se eficaz para reduzir o nível de *distress* em suas participantes, para a promoção de estratégias de enfrentamento ativas – foco no problema e busca de suporte social – e para a melhoria da qualidade de vida das participantes. O uso de estratégias e técnicas psicoeducacionais pôde beneficiar as pacientes recém ingressadas no Serviço de Oncologia e favorecer o processo adaptativo ao longo do tratamento quimioterápico.

As participantes do grupo psicoeducacional identificadas inicialmente com risco elevado de desenvolver reações psicológicas desadaptativas, tiveram maior benefício com a intervenção do que as pacientes identificadas com baixo risco, talvez por já enfrentarem bem o *distress* relacionado ao câncer e terem, como salientam alguns autores, menor dependência de melhoria e menor necessidade de uma intervenção mais formal e intensa (Costa Jr, 2001; Greer & cols., 1992; National Cancer Institute, 2008; Tope & cols., 1993). Este resultado corrobora com os autores que sugerem a inclusão de métodos de *screening* como parte da rotina de atendimento.

Nenhum dos sujeitos iniciou a pesquisa sem necessidade de intervenção em alguma das variáveis avaliadas, indicando que o momento de início do tratamento quimioterápico desencadeia reações emocionais e comportamentais que prejudicam sua qualidade de vida e elevam o nível do *distress*. Se o enfrentamento é um processo dinâmico e multidimensional, no qual o que torna uma situação estressante é forma como o indivíduo avalia a situação e os recursos que tem para lidar com ela (Antoniazzi & cols., 1998; Faria & Seidl, 2005; Seidl, 2001), então ensinar os pacientes a lidar com o contexto de doença e tratamento pode alterar a avaliação que fará da situação estressora e auxiliar no controle do *distress* e na minimização dos prejuízos na sua qualidade de vida.

Os pacientes oncológicos vivenciam diferentes tipos de tratamentos e possuem prognósticos que variam de acordo com o local, tipo e estadiamento do câncer. Cada paciente, de acordo com o momento do tratamento, das características da doença e dos prejuízos psicossociais associados, precisará lançar mão de habilidades de enfrentamento adequadas às suas necessidades. Uma mesma intervenção psicoeducacional não consegue dar conta de toda esta diversidade. É importante que o profissional esteja atento ao público-alvo da intervenção, adequando seu conteúdo às demandas dos pacientes. Nesta pesquisa, o conteúdo foi adequado às necessidades dos pacientes oncológicos que iniciariam o primeiro tratamento quimioterápico.

Deste modo, enfatiza-se a importância da diversificação das intervenções psicossociais oferecidas em um Serviço de Psico-Oncologia, pois assim é possível

proporcionar atendimento ao máximo de pacientes possível de acordo com suas necessidades.

Cabe ressaltar que a paciente S1 e S4-C continuam em acompanhamento após a intervenção. S4-C tem seus atendimentos individuais agendados para os dias que precisa estar em Brasília em função da continuidade do tratamento, enquanto S1 é acompanhada sistematicamente em ambulatório e durante suas internações na clínica médica do HUB.

## **6.2 - Avaliação da intervenção pelas participantes**

Em relação à estrutura da intervenção, as participantes demonstraram satisfação com os seis encontros semanais de duas horas, porém indicaram o período da tarde como menos favorável. Sheard e Maguire (1999) informaram que intervenções com seis semanas ou menos tiveram o tamanho da dose-efeito marginalmente maior do que as intervenções com mais de seis semanas de duração, ou seja, o benefício que este tamanho de grupo teve foi proporcionalmente maior do que o obtido por grupos com mais de seis semanas. Assim sendo, a duração do grupo “Aprendendo a Enfrentar” está de acordo com o indicado pela literatura.

A satisfação com o grupo também foi demonstrada quando as participantes relataram ter indicado o Serviço de Psicologia e o grupo “Aprendendo a Enfrentar” à outros pacientes. Newell e cols. (2002) informaram que os pacientes normalmente demonstram satisfação por participarem de intervenções psicossociais e costumam recomendar as terapias psicológicas das quais participam aos outros pacientes com câncer.

Para as participantes, a intervenção foi oferecida em um momento crítico e por isso houve maior motivação para participar. Tal interesse pode ser um diferencial entre os grupos que aceitam participar e os que declinam do convite ou não comparecem, apesar de aceitarem o convite. Na rotina de serviço, pode ser necessário instituir a busca ativa aos pacientes que não comparecerem, a fim de se oferecer outras opções de intervenção. Seria importante a elaboração de pesquisas para avaliar quais variáveis interferem na escolha por participar ou não das intervenções oferecidas. É possível que os pacientes tenham níveis diferentes de necessidade, e que não participem da intervenção aqueles com menor nível de precisão. Também, oposta a esta hipótese, pode ser que pacientes que possuam um nível muito elevado de *distress* possam apresentar comprometimento em seus comportamentos de adesão e busca de auxílio. Cabe ressaltar que os pacientes que possuem dificuldade de acesso ao local, onde a intervenção será oferecida, também acabam não participando, como

ocorreu com S4-C, independente do nível de necessidade. Estes últimos talvez se beneficiem de intervenções mais pontuais, como grupos com temas específicos e abertos.

Para as participantes da intervenção, o grupo foi suficiente para atender às suas necessidades. Entretanto, ao se auto-avaliarem quanto à participação, utilizaram notas inferiores àquelas dadas aos demais aspectos. Pode ser necessário reestruturar a intervenção com a finalidade de melhorar os comportamentos de participação e o aproveitamento das pacientes.

Não houve proposta de melhoria nos questionários, mas nas entrevistas foi identificada insatisfação quanto ao reduzido número de participante e ao espaçamento que ocorreu entre as sessões, indicando necessidade de propor estratégias para minimizar a ocorrência destes fatores durante as intervenções psicoeducacionais.

Os temas foram avaliados positivamente pelas participantes, obtendo a maior nota o tema “Compreendendo o câncer e seus tratamentos”, seguido, nesta ordem, pelos temas “Manejando problemas emocionais e físicos” e “Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos”. O tema “Comunicando preocupações e sentimentos” obteve menor pontuação, provavelmente porque o número reduzido de participantes limitou as possibilidades de *role playing* e a quantidade de aspectos com os quais uma participante poderia colaborar com a outra, principalmente para S2 que demonstrou dificuldade para lidar com a diferença no nível cultural e educacional entre ela e as demais participantes. Como foi planejado levantar as dificuldades a partir dos relatos das pacientes, o número de situações para serem treinadas ficou reduzido. Visando evitar uma situação semelhante, é recomendado que o facilitador leve uma lista de problemas a serem trabalhados, de acordo com a literatura e seu conhecimento prévio da clientela, e solicite que os participantes indiquem a seqüência a ser trabalhada e dêem sugestões que não constem da lista.

Na avaliação, o Dr. [...] (residente do Serviço de Oncologia) recebeu nota 10 de todas as participantes e tornou-se referência no momento de agendarem suas consultas e buscarem auxílio em situações de dúvida ou necessidade, apesar das participantes terem se queixado de que na palestra ele foi claro demais e as assustou por mostrar o câncer de “*forma nua e crua*”. O seguinte relato das participantes ilustra a satisfação do grupo diante deste contato diferenciado com um membro da equipe médica “*ele deve ser mesmo um médico especial, porque não é todo mundo que tem paciência e jeitinho para falar com a gente*”. A ausência de médicos com tal disponibilidade é um aspecto que pode aumentar o valor reforçador da participação do residente na intervenção. No dia da confraternização, foi deixado um bolo para ser entregue ao Dr. [...], pois “*ele não pode ficar sem não, pega e*

*leva pra ele e diz que foi a gente pra agradecer ele ser gracinha assim.*” Outro aspecto da relação médico-paciente, que pode estar presente nesta fala, é a necessidade de agradar o membro da equipe como forma de conseguir sua simpatia e garantir um melhor tratamento.

As pacientes indicaram que no período do diagnóstico e da cirurgia gostariam de ter passado por uma intervenção psicoeducacional como o grupo “Aprendendo a Enfrentar”, focando nos aspectos desta etapa de tratamento. Autores corroboram esta opinião e recomendam que programas psicoeducacionais sejam oferecidos no momento do diagnóstico e no início dos tratamentos a fim de promover estratégias de enfrentamento para lidar com os estressores presentes (Bultz & Holland, 2006; Clark, 2001; Fawzy, 1999; National Comprehensive Cancer Network, 2008). Porém, é necessário, como discutido anteriormente, que a intervenção seja adequada às demandas de cada etapa do tratamento.

### **6.3 - Aspectos psicossociais do câncer e seus tratamentos**

Os relatos informaram que o diagnóstico e o início dos tratamentos para câncer desencadeiam reações emocionais negativas nos pacientes e seus familiares, havendo preferência pelo uso da religiosidade e da distração para lidar com as demandas deste período. A religiosidade e a distração são consideradas estratégias adaptativas quando ajudam o paciente a lidar com estressores que não podem ser alterados, mas podem ter resultados negativos quando impedem comportamentos que auxiliariam na adaptação do indivíduo à situação estressora (Iconomou & cols., 2004; Lara, 2006).

Uma das pacientes (S1) evitou buscar auxílio médico quando percebeu os primeiros sintomas da doença, procurando por ajuda médica apenas quando seus sintomas se tornaram incapacitantes. As pacientes S2 e S4-C, em função dos sintomas do câncer, iam freqüentemente aos serviços de emergência e a consultas médicas, mas não foram diagnosticadas por um período médio de dois anos, ocorrendo, por isso, agravamento da doença e piora nos sintomas. A paciente S3, identificou o câncer de mama e buscou auxílio médico imediato, sendo rapidamente diagnosticada. O câncer de mama, por ser a principal neoplasia que acomete a população brasileira feminina – em taxa de incidência e mortalidade –, é constantemente alvo de campanhas para a sua detecção precoce através do auto-exame. A divulgação de informações nos diferentes meios de comunicação de massa torna os indivíduos mais sensíveis para identificar o tumor, e as constantes políticas de incentivo às equipes médicas para o diagnóstico do câncer de mama pode agilizar a identificação e o início do seu tratamento (Scowitz, Menezes, Gigante & Tessaro, 2005). O uso de campanhas para a identificação e tratamento de outros tipos de câncer pode ser

um fator que ajude a diminuir o tempo entre o aparecimento dos sintomas e a identificação da doença.

Mostrou-se comum entre as participantes da intervenção a presença de história familiar de óbito por câncer. A paciente S4-C foi a única que negou casos de câncer na família, mas, assim como as demais pacientes, suspeitou da doença antes do diagnóstico. O câncer ainda é uma doença estigmatizada e associada frequentemente à morte e sofrimento (Holland & Gooren-Piels, 2000). Ao perceber que os sintomas são frequentes e o mal-estar dificilmente é controlado, a paciente avaliou seu estado como grave e começou a refletir sobre doenças de difícil controle, como o próprio câncer. A fala de S4-C ilustra como suas suspeitas iniciaram. *“Mas eu... eu já pensava assim que essa dor que eu tava sentindo assim direto e os médicos não descobriam, eu já tinha assim na minha mente que podia ser um câncer, que podia virar um câncer”*.

O estigma do câncer e as concepções sobre sua causa acompanharam o desenvolvimento dos estudos realizados pelas mais diversas disciplinas sobre a doença, seus tratamentos e os pacientes afetados. Tal estigma também sofreu influência de dogmas religiosos, que associam o câncer a comportamentos inadequados (merecedores de punição) ou à provação divina (Barbosa, Francisco & Efken, 2007). Nesta pesquisa foram identificadas as seguintes crenças das pacientes sobre a causa do câncer: sofrimento emocional, estresse, herança genética, destino/vontade divina. Na intervenção psicoeducacional, foram discutidas com as pacientes essas concepções e o estigma da doença, visando fornecer informações e reestruturar crenças para evitar que desencadeasse comportamentos e emoções inadequadas para a adaptação das pacientes ao contexto de doença e tratamento. Após a intervenção, S1 foi a única participante a classificar o câncer como doença multifatorial. Por ser única paciente com nível superior, S1 pode ter compreendido e assimilado melhor as informações oferecidas.

#### **6.4 – Contribuições, desafios e limitações da pesquisa**

Sabe-se que a adaptação ou ajuste psicossocial do paciente ao câncer é um processo ininterrupto, no qual cada paciente procura manejar seu sofrimento emocional, solucionar problemas específicos relacionados ao câncer e obter domínio ou controle sobre os acontecimentos relacionados à doença (Lara, 2006; Landeiro, 2001; Nacional Cancer Institute, 2008; Faria & Seidl, 2005; Ridder & Schreurs, 2001; Sharpe & Curran, 2006; Stanton & cols., 2007). Sabe-se também que alguns pacientes não se adaptarão bem a este contexto ao ponto de desenvolverem níveis elevados de *distress* e consideráveis prejuízos

em sua qualidade de vida (Akizuki & cols., 2003; Acosta & cols., 2003; Brennan, 2001; Bultz & Holland, 2006; Carlson & Bultz, 2003; Gaviria & cols., 2007; Iconomou & cols., 2004; National Cancer Institute, 2008; National Comprehensive Cancer Network, 200; Pasquini & Biondi, 2007; Sharpe & Curran, 2006; Sheard & Maguire, 1999; Telch & Telch, 1996) e que diversas formas de intervenção psicossociais vêm mostrando resultados positivos no auxílio ao paciente oncológico (Costa Jr. 2001; Holland, 1998; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Rehse & Pukrop, 2003; Tope, & cols., 1993).

A estruturação da intervenção, a elaboração dos encontros e o ajuste do conteúdo às características da clientela do HUB foi o maior desafio enfrentado pela pesquisadora. Ao longo do processo de intervenção, em função do próprio grupo e do espaçamento entre as sessões, a estrutura inicial sofreu ajustes para melhorar o aproveitamento das pacientes. Como o HUB é um hospital público, que atende a uma clientela com menores nível de escolaridade e condições sócio-econômicas, muitas estratégias listadas na literatura não puderam ser utilizadas. Mesmo dentre as técnicas selecionadas, baseando-se na exigência mínima de que as pacientes possuíssem o primeiro grau completo, houve dificuldades, como o não aproveitamento do auto-monitoramento pelas pacientes S1 e S3, o que levou a uma reformulação para facilitar seu uso por estas pacientes. Já, S2 manteve o registro diário de auto-monitoramento e, posteriormente, o transformou em um diário pessoal. É importante que em grupos psicoeducacionais propostos para instituições públicas e/ou para populações onde nível de escolaridade seja baixo, as técnicas utilizadas possam ser adequadas a essa clientela.

Diferenças culturais, sociais, religiosas e educacionais precisam ser avaliadas e analisadas antes de serem escolhidas as ferramentas que comporão a intervenção. É possível que existam diferenças marcantes – na estrutura e no conteúdo – entre a intervenção “Aprendendo a Enfrentar” e um grupo que tenha o mesmo objetivo, mas seja direcionado às pacientes da rede particular de saúde.

No percurso da pesquisa, foram encontrados alguns obstáculos, a saber: (a) dificuldade para identificar os pacientes em início de tratamento, com primeira consulta marcada para o mês de abril; (b) necessidade de adaptar o horário do grupo à disponibilidade das salas adequadas à sua realização (tamanho médio, confortável e com capacidade para receber o equipamento de multimídia para as aulas); (c) a falta de energia no horário do grupo em função de problemas estruturais do HUB; (d) a mudança nos dias de quimioterapia em função dos feriados, alterando o dia previamente combinado com a equipe.

Em contrapartida, houve muitas condições facilitadoras deste percurso: (a) a disponibilidade de membros da equipe médica para auxiliar na elaboração da palestra e liberar o médico residente que a ministrou; (b) a boa comunicação entre os membros da equipe do Serviço de Oncologia (assistente social, enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogas), facilitando a compilação de informações para compor a intervenção e o manual; (c) a disponibilidade do HUB para contribuir com os equipamentos de multimídia.

O grupo foi composto exclusivamente por pacientes do sexo feminino. Isto, somado ao reduzido número de pacientes no grupo, à impossibilidade de iniciar um novo grupo em função da indisponibilidade de salas e do tempo reduzido para a coleta de dados, e à ausência de randomização e do grupo controle, constitui um conjunto de limitações que dificulta a generalização dos resultados desta pesquisa e a avaliação mais profunda das correlações entre as variáveis estudadas.

Entretanto, os resultados obtidos incentivam a inserção desta intervenção na rotina de serviço do HUB e a manutenção das avaliações em todas as fases – inicial, imediatamente após e no *follow up* – não apenas com o intuito de pesquisa, mas principalmente para o acompanhamento dos pacientes e avaliação dos resultados alcançados pelo Serviço de Psicologia Oncológica. Como exposto ao longo da pesquisa, os métodos de *screening* podem favorecer o encaminhamento de pacientes de acordo com suas necessidades, como também podem fornecer informações importantes para auxiliar na adaptação da intervenção aos pacientes que participarão dela.

Em estudos futuros, a avaliação da eficácia terapêutica precisará estar mais atenta às limitações acima descritas. Também será necessário adaptar o conteúdo do grupo aos pacientes e à fase do tratamento em que estes se encontrarem. As estratégias de enfrentamento mudam de acordo com as demandas da doença, sendo avaliadas como boas ou ruins de acordo com a problemática em questão (Heim & cols., 1997). Sendo assim, para elaborar ou adaptar intervenções desenvolvidas em outros contextos, é necessário conhecer as demandas, quais estratégias serão boas ou ruins para lidar com elas e como promover as estratégias consideradas boas. O conhecimento desenvolvido através de pesquisas sistematizadas pode oferecer este instrumental para quem deseja desenvolver intervenções psicoeducacionais para pacientes oncológicos.

O aperfeiçoamento de programas de intervenção psicoeducacional, sua implantação e posterior avaliação, podem contribuir para aumentar o número e a variedade de estratégias que, comprovadamente, beneficiem os pacientes oncológicos. A adaptação da intervenção psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar” às necessidades dos pacientes no momento do

diagnóstico, como também no início de outros tratamentos oncológicos potencialmente aversivos (ex: cirurgia e radioterapia), pode aumentar as possibilidades de atuação do Serviço de Psicologia. Este poderia manter o atendimento individual aos pacientes para fazer a primeira avaliação e oferecer acompanhamento aos pacientes com risco de morbidade psicológica.

Manter o uso de métodos de *screening*, instituir avaliações sistemáticas ao longo dos tratamentos e acompanhar os resultados das intervenções psicoeducacionais pode facilitar o controle da qualidade do serviço oferecido pela equipe de psicologia e o manejo dos recursos pessoais e financeiros da instituição. Esse acompanhamento pode, ainda, favorecer a comunicação entre os psicólogos e os demais profissionais que compõem a equipe da oncologia.

Os resultados obtidos com a pesquisa sobre a eficácia da intervenção “Aprendendo a Enfrentar” evidenciaram que é possível unir o trabalho realizado no campo prático ao desenvolvimento de pesquisas, tornando estas atividades complementares. Pesquisas realizadas no campo da prática podem fornecer dados importantes para o conhecimento da clientela, dos resultados alcançados e das variáveis que podem interferir nos resultados e no processo de enfrentamento.

A implementação do CACON no HUB aumentará a necessidade de diversificar as estratégias de intervenção psicológica. Sendo assim, o grupo “Aprendendo a Enfrentar” se configura como uma importante ferramenta de trabalho. Entretanto, assim como ocorreu durante a realização da pesquisa, existem dificuldades para conseguir um ambiente adequado à sua realização. Estas dificuldades poderão levar à modificação na composição e na forma de execução da intervenção, a fim de melhor adaptá-la às novas estruturas do Serviço de Oncologia.

Respondendo às questões iniciais, pode-se dizer que a intervenção foi eficaz para minimizar o nível de *distress* e melhorar a qualidade de vida geral das participantes através da promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas, ou seja, que amenizassem os sentimentos desconfortáveis associados ao câncer e ao tratamento quimioterápico.



## Considerações Finais

A pesquisa sobre a eficácia terapêutica da intervenção “Aprendendo a Enfrentar” atingiu seu objetivo e possibilitou concluir que os resultados encontrados após sua realização indicam que as pacientes se beneficiaram com a participação, melhorando a adaptação à doença e ao tratamento quimioterápico. A constatação dos benefícios para as participantes justifica o investimento no aprimoramento da intervenção e sua integração à rotina dos serviços de psicologia em oncologia.

Pesquisas como esta, utilizando metodologia experimental, ou quase-experimental, prospectiva e longitudinal, podem favorecer o desenvolvimento e aprimoramento de intervenções psicoeducacionais. A maioria destas intervenções psicoeducacionais utilizam múltiplos componentes, e precisam ser desenvolvidos delineamentos de pesquisa que permitam conhecer a relação entre cada técnica utilizada e os benefícios gerados. A compreensão sobre o efeito de cada técnica pode facilitar a estruturação das intervenções por permitir a escolha das ferramentas mais adequadas aos objetivos traçados para cada contexto específico.

A escolha dos objetivos traçados para a intervenção passa pela escolha do público-alvo, e vice-versa. Algumas possibilidades são: (a) separar o grupo de pacientes por tipo de câncer e estadiamento, quando o objetivo for trabalhar aspectos peculiares ao enfrentamento da doença; (b) separar os pacientes por tipo de tratamento – quimioterápico, radioterápico, neo-adjuvante, adjuvante ou paliativo – independente do tipo de câncer, quando o objetivo for trabalhar aspectos relacionados a estas modalidades terapêuticas; (c) separar os pacientes por gênero, quando a doença e tratamentos gerarem demandas distintas para eles. Para o trabalho em grupo, os pacientes selecionados devem ter em comum os objetivos aos quais a intervenção se propõe.

O delineamento desta pesquisa permitiu o controle sobre as variáveis estudadas, possibilitando verificar como a participação no grupo interferiu em cada uma delas, mas não como cada componente da intervenção se associou aos benefícios alcançados. Estudos quase experimentais sobre intervenções psicoeducacionais em grupo para pacientes oncológicos ainda são pouco desenvolvidos no Brasil. Os resultados da presente pesquisa podem proporcionar ferramentas para que os profissionais – atuando tanto no campo da prática quanto da pesquisa – sistematizem estudos sobre a eficácia terapêutica de intervenções psicoeducacionais. Estão presentes ao longo da dissertação, informações e

modelos que podem facilitar a elaboração de intervenções e de protocolos de avaliação de eficácia terapêutica.

A introdução dos instrumentos utilizados na pesquisa como parte da rotina de atendimento aos pacientes pode favorecer a avaliação e o encaminhamento dos pacientes de acordo com suas demandas. Como a EMEP não contempla a avaliação das estratégias direcionadas para a regulação emocional, pode ser necessário incluir – tanto na rotina de atendimento, quanto em pesquisas sobre eficácia terapêutica – outras ferramentas que permitam avaliar o uso dessas estratégias (ex: escalas, questionários ou entrevistas). O uso conjunto de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e na emoção pode aumentar as possibilidades do paciente responder às demandas causadas pela doença, sendo necessário também avaliar como o indivíduo faz uso dessas duas modalidades de estratégias.

O uso da PSCAN também precisa ser reavaliado, pois ainda não é um instrumento validado para a população brasileira. É possível que outros instrumentos validados para essa população possam contribuir para o *screening* de *distress* e para a avaliação dos resultados das intervenções, como a HAD e o recém validado termômetro de *distress* (Decat, 2008).

Para ampliar o conhecimento sobre a eficácia da intervenção psicoeducacional, é importante sua replicação em outras amostras e instituições, e por diferentes profissionais, assim como os mesmos protocolos de avaliação devem ser mantidos para haver complementaridade entre os dados coletados. Para isso, é primordial a escolha cuidadosa de instrumentos, pois estes devem avaliar e ter sensibilidade às mudanças nos comportamentos alvos da intervenção. Também, para diminuir a influência da variável facilitador do grupo, os profissionais responsáveis por ministrar a intervenção devem passar pelo mesmo treinamento.

Quanto mais exatos a descrição do contexto e o conhecimento sobre como determinado comportamento e pensamento de enfrentamento se associa às demandas da situação em questão, mais fácil será a elaboração da intervenção. Quando não há um conhecimento prévio da clientela, pode ser necessário utilizar grupos focais ou realizar observações *in loco* para uma melhor avaliação do que deve ser trabalhado na intervenção.

As intervenções podem, ainda, contar com a participação de outros membros da equipe de saúde, que podem complementar as informações, os treinamentos oferecidos e contribuir com conhecimentos próprios de sua área de atuação (ex: farmácia, nutrição, enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social). Entretanto, estes profissionais devem

ser igualmente treinados e orientados em relação aos objetivos da intervenção. O trabalho multidisciplinar pode enriquecer a intervenção, favorecer a comunicação entre os membros das equipes e entre estes e os pacientes, que serão os maiores beneficiados se houver esforço conjunto e harmonia dentro da equipe.

A presente pesquisa pôde confirmar que é possível intervir para minimizar o *distress* e aumentar a qualidade de vida dos pacientes, utilizando na intervenção psicoeducacional estratégias que promovam o enfrentamento ativo do contexto de doença e tratamento. Contudo, muito conhecimento ainda precisa ser desenvolvido sobre a elaboração, funcionamento e benefícios das intervenções psicoeducacionais.

### Referências

- Acosta, C. D. P., Jablonski Jr, R. J., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Silva, R. A. (2003). Qualidade de vida em pacientes neoplásicos: Estudo transversal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 258-263.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y. & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 97(10), 2605-2613.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. (1999). Espiritualidad y detección de "distress" en Psico-Oncología, Oncología Clínica. *Revista Oncología Clínica*, 4(3) 246-250.
- Almanza-Muñoz, J., Romero-Romo, J. I. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: Abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 54(5), 261-273.
- Andersen, B. L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 590-610.
- Anjos, A. C. Y. & Zago, M. M. F. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(1), 33-40.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Araujo, J. R., Zago, M. M. F. & Silva, S. R. (2006). Percepções sobre a vida e a doença por mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 10(3), 247-252.
- Baptista, A. (1999). Ética e disseminação dos programas psicológicos de tratamento: O desafio actual. *Revista de Humanidades e Tecnologias*, 1, 52-61.

- Barbosa, L. N. F. & Francisco, A. L. (2007). A subjetividade do câncer na cultura: Implicações na clínica contemporânea. *Revista da SBPH*, 10(1), 09-24.
- Barbosa, L. N. F., Francisco, A. L. & Efken, K. H. (2007). Adoecimento: O Ser-para-a-Morte e o Sentido da Vida. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 54-60.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. A. R. e A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.
- Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 249-254.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M. & Banks, P. (2001). General and specific measures of quality of life in younger women with breast cancer. Em A. Baum & B. L. Andersen (Orgs.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 37-56). Washington: American Psychological Association.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology*, 10(1), 1-18.
- Brown, N. W. (2004.). *Psychoeducational groups: Process and practice*. New York: Brunner-Routledge.
- Bultz, B. D. & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Psychosocial Oncology*, 3(5), 311–314.
- Caballo, V. E. & Buena-Casal, G. (1996). Técnicas diversas em terapia comportamental. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapias e modificação de comportamento*. Santos: Santos Livraria Editora.
- Cabete, D. G., Cavaleiros, A. M. & Pinteus, M. T. (2003). Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXI), 195-200.
- Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial *Revista Psiquiatria Clínica*, 28(6), 300-304.

- Cain, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K. & Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57(1), 183-189.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257-263.
- Calais, S. L., Carrara, K., Brum, M. M., Batista, K., Yamada, J. K. & Oliveira, J. R. S. (2007). Stress entre calouros e veteranos de jornalismo *Estudos de Psicologia [online]*, 24(1), 69-77.
- Caponero, R. & Lage, L. M. (2008). Quimioterapia. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 155-167). São Paulo: Summus.
- 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*, 1. Retirado em 02/04/2007, de <http://www.hqlo.com/content/1/1/8>.
- Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.
- Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2008). Mind-body interventions in oncology. *Current Treatment Options in Oncology*, 9, 127-134.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: História, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Carvalho, M. M. M. J. (Org.). (1994). *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Editorial Psy II.
- Castro, E. A. (2008). *Variáveis do terapeuta: Análise de periódicos brasileiros (1998-2007)*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Cella, D. (1998). Quality of life. Em J. C. Holland (Org.), *Psycho-oncology* (pp. 1135-1146). New York: Oxford Univert Press.

- Cella, D. (2001). Quality-of-life measurement in oncology. Em A. Baum & B. L. Andersen (Orgs.), *Psychosocial interventios for cancer* (pp. 57-76). Washington: American Psychological Association.
- Cella, D., Hahn, E. A. & Dineen, K. (2002). Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research*, 11, 207-221.
- Cerqueira, A. T. A. R. (2000). O conceito e metodologia de *coping*: Existe consenso e necessidade? Em R. R. Kerbauy, *Sobre comportamento e cognição - conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André: ESETEC.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: O uso da escala Toulousaine no Brasil. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 6(2), 43-64.
- Ciconelli, R. M. (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43(2), IX-XIII.
- Clark, P. M. (2001). Treating distress: Working toward psychosocial standards for oncology care. *Medscape coverage of the 26th Congress of the Oncology Nursing Society*. Retirado em 20/12/2008, de <http://www.medscape.com/viewarticle/418583>
- Costa Jr, A. & Coutinho, S. M. G. (1998). Programa de atendimento psicológico da unidade de onco-hematologia pediátrica do hospital de apoio de Brasília. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 16-25.
- Costa Jr, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: Implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 36-43.
- Costa Jr, A. L. (2003). Uma análise conceitual de enfrentamento: Aplicações a psico-oncologia. *Psicologia Argumento*, 21(32), 23-26.
- Costa Neto, S. B., Araujo, T. C. C. F. & Curado, M. P. (2000). Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Revista Acta Oncológica Brasileira*, 20(3), 96-104.

- Costa Neto, S. B. & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 195-208). São Paulo: Summus.
- Costantini, M., Mencaglia, E., Giulio, P., Cortesi, E., Roila, F., Ballatori, E., Tamburini, M., Casali, P., Licitra, L., Candis, D. D., Massidda, B., Luzzani, M., Campora, E., Placido, S. D., Palmeri, S., Angela, P. M., Baracco, G., Gareri, R., Martignetti, A., Ragoza, S., Zoda, L., Ionta, M. T., Bulletti, S. & Pastore, L. (2000). Cancer patients as 'experts' in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Quality of Life Research*, 9, 151-159.
- Coyne, J. C., Lepore, S. J. & Palmer, S. C. (2006). Efficacy of psychosocial interventions in cancer care: Evidence is weaker than it first looks. *The Society of Behavioral Medicine*, 32(2), 104-110.
- Coyne, J. C. & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55(6), 655-664.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Davis, M., Eshelman, E. R. & McKay, M. (1996). *Manual de relaxamento e redução do estresse* (2ª ed.). São Paulo: Summus.
- Decat, C. S. A. (2008). *Avaliação diagnóstica do distress: contribuições para rotina de atendimento em serviço de oncologia*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Devine, E. C. (2003). Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncology Nursing Society*, 30(1), 75-89.
- Dewey, R. A. (2007). *Psychology: An introduction*. Retirado em 17/11/2008, de <http://www.intropsych.com/index.html>.



- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação de profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Dóro, M. P., Pasquini, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A. & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 36-43.
- Edelman, S., Craig, A. & Kidman, A. D. (2000). Group interventions with cancer patients: Efficacy of psychoeducational versus supportive group. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(3), 67-85.
- Eizirik, C. L. & Ferreira, P. E. S. (1991). Aspectos psicológicos no tratamento do câncer. Em G. Schwartzmann (Org.), *Oncologia clínica: Princípios e práticas* (pp. 481-487). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Fawzy, F. I. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720-725.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer Care*, 35(11), 1559-1564.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicoonlogía*, 1(2-3), 169-180.
- Fiamoncini, R. L. & Fiamoncini, R. E. (2003). O stress e a fadiga muscular: Fatores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. *Revista Digital - Buenos Aires*, 66. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd66/fadiga.htm>. Acesso em 14/12/2008.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.

- Fleck, M. P. A, Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M.; Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.; Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fleck, M. P. A. (Org.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9(1), 11-19.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- Franzi, S. A. & Silva, P. G. (2003). Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(3), 153-158.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, A., Kanagawa, K. & Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. A randomized controlled trial. *Cancer*, 89, 1026-1036.
- Ganz, P. A. (1994). Quality of life and the patient with cancer: Individual and policy implications. *Cancer Supplement*, 74(4), 1445-1452.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas em pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 20, 50-75.
- Gimenes, M. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. Em M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia* (pp. 35-36). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. Em Gimenes, M. G. G., *A mulher e o câncer* (pp. 111-147). São Paulo: Editorial Psy.

- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, E. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs), *A mulher e o câncer* (pp. 173-195). Campinas: Editorial Psy.
- Gimenes, M. G. G. (1998). A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. Em M. M. Carvalho (Org.), *Resgatando o Viver: Psico-oncologia no Brasil* (pp. 256). São Paulo: Summus.
- Gouveia Sobrinho, E. A., Carvalho, M. B. & Franzi, S. A. (2001). Aspectos e tendências de avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*, 15, 10-18.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., Rowden, L., Law, M. G., Bliss, J. M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Grün, T. B. (2006). Habilidades sociais em portadores de câncer de estômago. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 151-158.
- Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N. & Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9(4), 569-581.
- Holland, J. C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (1999). Update. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13(Suppl), 459-507.
- Holland, J. C. & Goen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. Em W. Wilkins (Org.), *Cancer Medicine* (5 ed., Vol. 2008, pp. 1327-1343). Canada: B.C. Decker Inc.

- Hosaka, T., Tokuda, Y. & Sugiyama, Y. (2000). Effects of a structured psychiatric intervention on cancer patients' emotions and coping styles. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 188-191.
- Iconomou, G., Koutras, V. M. A., Iconomou, A. V. & Kalofonos, H. P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer*, 101(2), 404-411.
- Ismael, S. M. C. (2005). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. Especialização em psicologia hospitalar; v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F. & cols. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: A multicenter evaluation of the distress thermometer. *Cancer*, 103(7), 1494-1502.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Johnson, J. (1982). The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nursing*, 5(2), 117-123.
- L'Abbate, S. (1994). Educação em saúde: Uma nova abordagem. *Caderno de Saúde Pública*, 10(4), 481-490.
- Lakusta, C. M., Atkinson, M. J., Robinson, J. W., Nation, J., Taenzer, P. A. & Campo, M. G. (2001). Quality of Life in Ovarian Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, 81, 490-495.
- Landeiro, E. A. N. (2001). Abordagem da doença oncológica: Estudo de variáveis psicológicas. *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*. Retirado em 03/01/2009, de [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0330](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0330).
- Lara, S. C. V. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas – Perspectivas em Psicologia*, 2(2), 241-257.

- Lazarus, R. S. & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38(3), 245-254.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lima, M. E. A. T. (2003). Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. *Psicologia em Revista*, 9(13), 76-88.
- Linden, W., Vodermaier, A., McKenzie, R., Barroetavena, M. V., Yi, D. & Doll, R. (no prelo). The Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN): Further validation and normative data.
- Linden, W., Yi, D., Barroetavena, M. C., MacKenzie, R. & Doll, R. (2005). Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3. Retirado em 02/04/2007, de <http://www.hqlo.com/content/3/1/54>.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 3 e 4, 5-19.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2001). Manejo do estresse. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (Vol. 1, pp. 475-489). Campinas: Livro Pleno.
- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 537-548.
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies. *The Journal of rehabilitation*, 66. Retirado em 12/08/2005, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0825/is\\_/ai\\_62980227?tag=artBody;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_/ai_62980227?tag=artBody;coll).
- Llull, D. M., Zamier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.

- Lorencetti, A. & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(6), 944-950.
- Martire, L. M. & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Association for Psychological Science*, 16(2), 90-94.
- Mata, H. & Leonardo, R. (2003). Náuseas y vómitos anticipatorios en pacientes expuestos a quimioterapia y condicionamiento pavloviano. *Revista Electrónica de Psicología*, 1, 1-8. Retirado em 17/05/2006, de [www.comportamental.com](http://www.comportamental.com).
- Matarazzo., J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Melo, E. M., Araujo, T. L., Oliveira, T. C. & Almeida, D. T. (2002). Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: Um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 21-28.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P. & Silva, A. M. (2001). Promoção da qualidade de vida em doentes crônicos. Em M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina: UEL.
- Milan, M. A. & Mitchel, Z. P. (1996). A generalização e a manutenção dos efeitos do tratamento. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Santos: Santos Livraria Editora.
- Miller, C. T. & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57(1), 73-92.
- National Cancer Institute. (2008). PDQ supportive and palliative care editorial board. Disponível em <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page1>. Acesso em 04/01/2009.

- National Comprehensive Cancer Network (2008) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management (Versão 1). Recuperado em junho 5, 2008, disponível em [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf).
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em solução de problemas. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. Santos: Santos Livraria Editora.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S. & Houts, P. S. (1999). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington: American Psychological Association.
- Nicholas, D. R. & Veach, T. A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research & Practice*, 31(2), 206-215.
- Nucci, N. A. G. (2003). *Qualidade de vida e câncer: Um estudo compreensivo*. Tese de Doutorado, USP, Ribeirão Preto.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology - A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, C. J., Pereira, C. A. R., Pontes, J. N. C., Fialho, A. V. M. & Moreira, T. M. M. (2007). Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: Um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9, 496-505. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a16.htm>. Acesso em 03/12/2008.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34.
- Pará, D. & Schor, D. N. (2006). *Guia de qualidade de vida*. São Paulo: Manole.

- Pascoe, S. W., Neal, R. D., Allgar, V. L., Selby, P. J. & Wright, P. (2004). Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Family Practice*, 21(4), 437-442.
- Pasquini, M. & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: A critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3. Retirado em 13/02/2007, de <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/2>.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: Recursos de enfrentamento na trajetória da doença. Em Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., Barros, L. H. C. (Orgs.) *Temas em psico-oncologia* (pp. 645). São Paulo: Summus.
- Pestana, J. P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*. Retirado em 11/10/2008, de <http://www.psicologia.com.pt/publicar/citar.php>.
- Pollin, I. & Kanaan, S. A. (1995). *Medical crisis counseling: Short-term therapy for long-term illness*. New York: Norton.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A. & Crepaldi, A. L. (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: Aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 26(4), 207-213.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H. & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11), 810-822.
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Ribas Jr, R. C., Moura, M. L. S. & Hutz, C. S. (2004). Adaptação brasileira da escala de desejabilidade social de Marlowe-Crowne. *Avaliação Psicológica*, 3(2), 83-92.



- Richardson, M. A., Post-White, J., Grimm, E. A., Moye, L. A., Singletary, S. E. & Justice, B. (1997). Coping, life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3(5), 62-70.
- Ridder, D. & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 205-240.
- Roberts, S., Black, C. & Todd, K. (2002). The living with cancer education programme. II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care*, 11, 280-289.
- Rodriguez-Marin, J., Pastor, M. A. & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Roffe, L., Schmidt, K. & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-Oncology*, 14, 607-617.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Rydén, A., Karlsson, J., Sullivan, M., Torgerson, J. S. & Taft, C. (2003). Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish obese subjects (sos) study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 435-442.
- Slowitz, M. L., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., & Tessaro, S. (2005). Conduitas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 340-349.
- Seidl, E. M. F. (2001). *Pessoas que vivem com HIV/AIDS: Configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de doutorado, UnB, Brasília.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17(3), 225-234.

- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sharpe, L. & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, 1153–1166.
- Sheard, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80(11), 1770-1780.
- Soni, M. K. & Cella, D. (2002). Quality of life and symptom measures in oncology: An overview. *American Journal of Managed Care*, 8(18), S560-S573.
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D. & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-153.
- Sparrenberger, F., Santos, I. & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: Estudo transversal de base populacional. *Revista Saúde Pública* 37, 434-439.
- Spiegel, D. & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. Retirado em 03/12/2008, de <http://psych.annualreviews.org>.
- Straub, R. O. (2005). Câncer (R. C. Costa, Trad.). Em R. O. Straub (Org.), *Psicologia da saúde* (pp. 353-392). Porto Alegre: Artmed.
- Tatrow, K. & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Telch, C. F. & Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(6), 802-808.

- Terol, M. C., Roig, S. L., Marín, J. R., Pastor, M. A., Giral, M. S. M., Aragón, M. M. & Lizón, J. L. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.
- Todd, K., Roberts, S. & Black, C. (2002). The Living with Cancer Education Programme. I. Development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care*, 11, 271-279.
- Tope, D. M., Ahles, T. A. & Silberfarb, P. M. (1993). Psycho-oncology: Psychological well-being as one component of quality of life. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 60, 129-147.
- Tourinho, E. Z. (1993). As proposições behavioristas radicais acerca do autoconhecimento. Em *O autoconhecimento na psicologia comportamental de B. F. Skinner* (pp. 25-70). Belém: Editora Universitária.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B. & Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: Comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-864.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J. & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
- Turner, R. M. (1996). A dessensibilização sistemática. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Santos: Santos Livraria Editora.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: Definições e área de atuação. Em V. A. Carvalho & cols. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.

- Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J., Bastos, M. Z. N. & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: Revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 53-63.
- Werebe, D. M. (2000). Depressão no câncer. Em J. A. B. Figueiro & R. Fraguas Jr. (Orgs.), *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: Depressões secundárias* (pp. 159-164). São Paulo: Editora Atheneu.
- Yalom, I. D & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C. & cols. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42(3), 241-246.
- Zainal, N., Hui, K., Hang, T. & Bustam, A. (2007). Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 3(4), 219 - 223.

**ANEXO 1 - Escala de Modos de Enfrentamento - EMEP**

**Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP**

Questionário: \_\_\_\_\_

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua doença neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigada pela sua participação!

1	2	3	4	5
<b>Eu nunca faço isso</b>	<b>Eu faço isso um pouco</b>	<b>Eu faço isso às vezes</b>	<b>Eu faço isso muito</b>	<b>Eu faço isso sempre</b>

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5. Procuo um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando	1	2	3	4	5

certo					
34. Procuo me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com o diagnóstico de câncer?

---



---



---



---



---



---



---

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

---

**Itens do EMPE para avaliar o enfrentamento focalizado no problema**

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas
3. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida
17. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido
28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores



- 32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia
- 33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo
- 36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez
- 39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela
- 40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui
- 42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo
- 45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, Tento deixar em aberto várias saídas para o problema

**Itens do EMPE para avaliar o enfrentamento focalizado na emoção**

- 2. Eu me culpo
- 5. Procuro um culpado para a situação
- 11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo
- 12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer
- 13. Desconto em outras pessoas
- 18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto
- 20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema
- 22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim
- 23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema
- 25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo
- 29. Eu culpo os outros
- 34. Procuro me afastar das pessoas em geral
- 35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer
- 37. Descubro quem mais é ou foi responsável
- 38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor

**Itens do EMPE para avaliar busca de prática religiosa/ pensamento fantasioso**

- 6. Espero que um milagre aconteça (pensamento fantasioso/desiderativo)
- 8. Eu rezo/oro (busca de prática religiosa)
- 21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema (busca de prática religiosa)
- 26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou (pensamento fantasioso/desiderativo)
- 27. Tento esquecer o problema todo (esquiva)
- 41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo (pensamento fantasioso/desiderativo)
- 44. Eu me apego à minha fê para superar esta situação (busca de prática religiosa)

**Itens do EMPE para avaliar busca de suporte social**

- 4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo
- 7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite
- 9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo
- 31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema

**ANEXO 2 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS  
WHOQOL- *brief***

## WHOQOL bref

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Itens do WHOQOL referentes a cada domínio**

<u>Domínio físico</u>	Facetas
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Dor e desconforto
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Dependência de medicação ou de tratamentos
10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	Energia e fadiga
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Mobilidade
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade desempenhar as atividades do seu dia a dia?	Atividades da vida cotidiana
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Capacidade de trabalho
<u>Domínio psicológico</u>	Facetas
5. O quanto você aproveita a vida?	Sentimentos positivos
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Espiritualidade
7. O quanto você consegue se concentrar?	Pensar, aprender
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Auto-estima
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Imagem corporal
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Sentimentos negativos
<u>Domínio relações sociais</u>	Facetas
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Relações pessoais
21. Quão satisfeito (a) você está com a sua vida sexual?	Atividade sexual
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Apoio social
<u>Domínio meio ambiente</u>	Facetas
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	Segurança física
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Ambiente físico
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Recursos financeiros
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Informação
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Recreação e lazer
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	Ambiente no lar
24. Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	Cuidados de saúde
25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?	Transporte

**ANEXO 3 - *Psychological Screening Tool for cancer patients* (PSCAN)**

**PSCAN - Psychological Screening Tool**

Por favor, responda as seguintes questões que nos ajudará a aprender mais sobre seu “bem estar”. Uma doença séria pode afetar a sua qualidade de vida de diversas maneiras. **Nós poderemos entrar em contato para aconselhá-lo baseados nas informações que você nos der, ou contatá-lo a respeito de oportunidades de participar de pesquisas** (o trecho em negrito deverá ser substituído por: **Nós poderemos, a partir das informações que você nos der, conhecer um pouco mais sobre sua experiência com o problema de saúde atual para procurar melhorar a assistência psicológica oferecida**).

Parte A

Por favor, responda cada pergunta usando somente “SIM” ou “NÃO” circulando a resposta apropriada ou circulando um número. Não há respostas certas ou erradas.

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1) Você mora sozinho?   | SIM | NÃO |
| 2) Quando você precisa de ajuda existe alguém que possa ajudá-lo em tarefas diárias como ir à padaria, cozinhar para você ou te dar uma carona? | SIM | NÃO |
| 3) Você tem contato regular com amigos ou parentes?   | SIM | NÃO |
| 4) Você perdeu seu cônjuge ou parceiro nos últimos anos?  | SIM | NÃO |
| 5) Você conta com alguém que lhe ofereça suporte emocional?   | SIM | NÃO |
| 6) Você sente que <u>QUER</u> e <u>PRECISA</u> de algum tipo suporte emocional?   |     |     |

Não, nunca      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Muito

Parte B

Por favor, circule o número que melhor descreva como você se sente:

- 7) Você diria que, em geral, sua saúde é:

Muito ruim      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Excelente

- 8) Você diria que, em geral, sua qualidade de vida é:

Muito ruim      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Excelente

- 9) Agora, pensando sobre sua saúde física, a qual inclui doenças físicas ou lesões, por quantos dias nos últimos 30 dias você não esteve fisicamente bem? \_\_\_\_\_ dias

- 10) Agora, pensando sobre o nível de estresse, depressão e problemas emocionais, por quantos dias nos últimos 30 dias seu ânimo (disposição) não esteve bom? \_\_\_\_\_ dias

- 11) Nos últimos 30 dias, por quantos dias dificuldades com sua saúde física ou emocional te mantiveram distante de suas atividades cotidianas, seus cuidados pessoais, trabalho ou recreação? \_\_\_\_\_ dias



Parte C

Por favor, marque com um “X” a opção que melhor descreve suas experiências:

De nenhum modo	Um pouco	Apenas moderadamente	Completamente	Demais
1	2	3	4	5

<b>12. Durante a última semana</b> eu senti meu coração acelerar e tremi	1	2	3	4	5
<b>13. Durante a última semana</b> eu senti que não poderia controlar nada	1	2	3	4	5
<b>14. Durante a última semana</b> eu perdi o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava	1	2	3	4	5
<b>15. Durante a última semana</b> eu me senti nervoso e instável	1	2	3	4	5
<b>16. Durante a última semana</b> eu me senti tenso e não consegui relaxar	1	2	3	4	5
<b>17. Durante a última semana</b> tive pensamentos repetitivos e cheios de coisas assustadoras	1	2	3	4	5
<b>18. Durante a última semana</b> eu me senti agitado e tive dificuldades para me acalmar	1	2	3	4	5
<b>19. Recentemente</b> tenho pensado em acabar com a minha vida	1	2	3	4	5
<b>20. No último ano</b> , por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado ou deprimido	1	2	3	4	5
<b>21. Eu tive dois anos ou mais em minha vida</b> onde eu me senti deprimido ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.	1	2	3	4	5

**Obrigada por usar seu tempo para responder este questionário!**

**Itens do PSCAN para Suporte Social Total**

- 1) Você mora sozinho?
- 2) Quando você precisa de ajuda existe alguém que possa ajudá-lo em tarefas diárias como ir à padaria, cozinhar ou te dar uma carona?
- 3) Você tem contato regular com amigos ou parentes?
- 4) Você perdeu seu cônjuge ou parceiro nos últimos anos?
- 5) Você conta com alguém que lhe ofereça suporte emocional?

**Itens do PSCAN para Suporte Social Total**

- 1) Você mora sozinho?
- 2) Quando você precisa de ajuda existe alguém que possa ajudá-lo em tarefas diárias como ir à padaria, cozinhar ou te dar uma carona?
- 3) Você tem contato regular com amigos ou parentes?
- 4) Você perdeu seu cônjuge ou parceiro nos últimos anos?
- 5) Você conta com alguém que lhe ofereça suporte emocional?

**Itens do PSCAN para Suporte Social Desejado**

6) Você sente que QUER e PRECISA de algum tipo suporte emocional?

Não, nunca    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                      Sempre

**Itens do PSCAN para Qualidade de Vida Percebida**

7) Você diria que, em geral, sua saúde é:

Muito ruim    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   Excelente

8) Você diria que, em geral, sua qualidade de vida é:

Muito ruim    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   Excelente

**Itens do PSCAN para Qualidade de Vida em Dias**

9) Agora, pensando sobre sua saúde física, a qual inclui doenças físicas ou lesões, por quantos dias nos últimos 30 dias você não esteve fisicamente bem? \_\_\_\_\_ dias

10) Agora, pensando sobre o nível de estresse, depressão e problemas emocionais, por quantos dias nos últimos 30 dias seu ânimo (disposição) não esteve bom? \_\_\_\_\_ dias

11) Nos últimos 30 dias, por quantos dias as dificuldades com sua saúde física ou emocional te mantiveram distante de suas atividades cotidianas, seus cuidados pessoais, trabalho ou recreação? \_\_\_\_\_ dias

**Itens do PSCAN para Ansiedade**

**12. Durante a última semana** eu senti meu coração acelerar e tremi

**13. Durante a última semana** eu senti que não poderia controlar nada

**14. Durante a última semana** eu perdi o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava

**15. Durante a última semana** eu me senti nervoso e instável

**16. Durante a última semana** eu me senti tenso e não consegui relaxar

**17. Durante a última semana** tive pensamentos repetitivos e cheios de coisas assustadoras

**18. Durante a última semana** eu me senti agitado e tive dificuldades para me acalmar

**Itens do PSCAN para Depressão**

**13. Durante a última semana** eu senti que não poderia controlar nada

**14. Durante a última semana** eu perdi o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava

**15. Durante a última semana** eu me senti nervoso e instável

**16. Durante a última semana** eu me senti tenso e não consegui relaxar

**17. Durante a última semana** tive pensamentos repetitivos e cheios de coisas assustadoras

**18. Durante a última semana** eu me senti agitado e tive dificuldades para me acalmar

**19. Recentemente** tenho pensado em acabar com a minha vida

**20. No último ano**, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado ou deprimido

**21. Eu tive dois anos ou mais em minha vida** onde eu me senti deprimido ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.

**ANEXO 4 - Roteiro de entrevista semi-estruturada**

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **Eixos temáticos:**

#### **1. Contexto do diagnóstico**

História do diagnóstico, reações emocionais e comportamentais durante e após este.

#### **2. Significado do câncer para o indivíduo**

Crenças sobre o câncer, informações adquiridas sobre a doença, mudanças na rotina de vida após o diagnóstico, reações emocionais e comportamentais relacionadas ao ter câncer.

#### **3. Comunicação com a equipe de saúde**

Reações comportamentais e emocionais durante as consultas médicas, comportamentos de busca de informações, relação com a equipe.

#### **4. Suporte social e afetivo**

Rede de suporte social, comunicação com familiares e amigos, necessidade de suporte versus suporte recebido, interferência da doença no contexto social e familiar.

#### **5. Reações de enfrentamento**

Estratégias de enfrentamento utilizadas, percepção de auto-eficácia, expectativas quanto ao tratamento.

#### **6. Expectativas quanto ao trabalho da psicologia**

Percepção do papel do psicólogo na assistência em oncologia.

**ANEXO 5 - Questionário Diretivo**

Com a finalidade de melhorar a intervenção, solicitamos que você a avalie. Por favor, seja o mais sincero possível, pois críticas são bem vindas, assim como sugestões. Precisamos conhecer os pontos fortes e fracos da intervenção a fim de aprimorar o programa e melhorar a assistência oferecida no hospital. Desde já, agradecemos sua participação.

1. Quais fatores foram determinantes para que decidisse participar do programa:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> O tema         | <input type="checkbox"/> O convite veio no momento mais adequado |
| <input type="checkbox"/> A coordenadora | <input type="checkbox"/> Outros motivos: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Minha saúde    |  |

2. Você considerou o tamanho (6 semanas) tempo do programa?
- Adequado                       Poderia ser menor                       Poderia ser maior
- Sugestão: \_\_\_\_\_

3. A frequência dos encontros (1 vez por semana) foi:
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adequada                         | <input type="checkbox"/> Poderiam ser 1 vez por mês por 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Poderiam ser em uma única semana | <input type="checkbox"/> Outra sugestão: _____                  |

4. O tempo de duração (2 horas) dos encontros foi:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adequado          | <input type="checkbox"/> Poderia ser maior     |
| <input type="checkbox"/> Poderia ser menor | <input type="checkbox"/> Outra sugestão: _____ |

5. O dia e horário escolhido para o grupo foi:
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfatório | <input type="checkbox"/> Não satisfatório |
|---------------------------------------|---|
- Quais os motivos? \_\_\_\_\_
- Alguma sugestão? \_\_\_\_\_

6. O quanto você considera que o programa do grupo atendeu às suas necessidades?
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Muito bem        |
| <input type="checkbox"/> Bem o Suficiente |
| <input type="checkbox"/> Não o suficiente |
| <input type="checkbox"/> Não a todas      |

Por favor, contamos com suas sugestões para melhorar o programa. O que pode nos sugerir? (seja mais específico possível)

\_\_\_\_\_

7. Dê uma nota de 0 a 10 para o médico palestrante: \_\_\_\_\_
- O que pode sugerir para melhorar seu trabalho?

8. Dê uma nota de 0 a 10 para a coordenadora: \_\_\_\_\_
- O que pode sugerir para melhorar seu trabalho?

9. Dê uma nota de 0 a 10 para você enquanto participante: \_\_\_\_\_
- O que pode sugerir para melhorar a participação dos futuros integrantes do programa?
- \_\_\_\_\_

10. Dê uma nota de 0 a 10 para os temas dos encontros:
- 10.1. Compreendendo o câncer e seus tratamentos(Palestra com Drº): \_\_\_\_\_
- 10.2. Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos: \_\_\_\_\_
- 10.3. Comunicando preocupações e sentimentos: \_\_\_\_\_
- 10.4. Manejando problemas emocionais e físicos: \_\_\_\_\_

11. Como você acredita que o grupo “Aprendendo a enfrentar” possa ter ajudado você? Tem alguma sugestão para o programa?
- \_\_\_\_\_

12. Como gostaria que fosse realizado o suporte psicológico após o grupo? Tem alguma sugestão?

---

13. Gostaria de fazer algum comentário final?

---

**ANEXO 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**





Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

## PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 147/07

Título do Projeto: “Avaliação da Eficácia Terapêutica em Psicologia Ontológica. Intervenção Psicoeducacional em Grupo – Aprendendo a Enfrentar”.

Pesquisadora Responsável: Juciléia Rezende Souza

Data de Entrada: 03/12/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 150/2007 com o título: “Avaliação da Eficácia Terapêutica em Psicologia Ontológica. Intervenção Psicoeducacional em Grupo – Aprendendo a Enfrentar”. Analisado na 11ª Reunião, realizada no dia 11 de Dezembro de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de Fevereiro de 2008.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cep: 70.910-900

Recebido  
em 15/02/08

**ANEXO 7 – Diário de Campo**

## Diário de Campo

### 1º Encontro

Teve como objetivo promover a integração entre as pacientes, oferecer informações sobre o câncer e a quimioterapia, reforçar a participação na intervenção e melhorar o aproveitamento das consultas médicas. Seu tema foi “**Compreendendo o câncer e seus tratamentos**”.

Iniciou-se com a dinâmica do novelo, utilizada como técnica de apresentação, na qual cada participante foi convidada a informar seu nome, profissão, *status* conjugal, número de filhos e motivo da presença no grupo, seguindo o modelo fornecido pela pesquisadora ao se apresentar. Ao relatarem a motivação para participar do grupo as pacientes revelaram informações sobre a história da doença e sobre as expectativas em relação ao tratamento quimioterápico e em relação à própria intervenção psicoeducacional.

Após a dinâmica, houve uma breve discussão envolvendo os relatos sobre a história da doença e as expectativas quanto ao programa de intervenção. Foi entregue e discutido o cronograma elaborado para a intervenção, como também a forma como o grupo seria conduzido e as regras para os encontros, como: (a) sigilo das informações; (b) respeito ao discurso do outro membro; (c) fala respeitosa; (d) celulares desligados ou no silencioso; (e) respeito ao horário; (c) empenho para participar ativamente durante as atividades.

Para facilitar a compreensão do câncer e seus tratamentos, tema do encontro, foram utilizadas técnicas de educação em saúde. Uma palestra foi ministrada pelo médico residente Drº [...], o qual explicou: (a) o que é o câncer; (b) causas conhecidas e mitos sobre a doença; (c) principais formas de tratamento, cuidados necessários e mitos sobre os tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia); (d) importância da postura ativa do paciente ao longo do tratamento; (e) importância da boa comunicação com a equipe de saúde.

O médico foi orientado a incentivar que as pacientes mantivessem uma postura ativa diante do seu tratamento e uma comunicação aberta com a equipe, a fim de promover comportamentos ativos e de adesão ao longo do tratamento. Sua postura empática, permitindo que as participantes ficassem à vontade para perguntar e se expressar durante a palestra, forneceu um modelo adequado de interação que poderia se generalizar para o ambiente da consulta médica. Para que anotassem o que julgassem necessário foi fornecido material de apoio (caneta, papel e prancheta).

Após a palestra, o médico se retirou e teve início uma discussão entre pares sobre o conteúdo apresentado e as emoções desencadeadas. Foi estimulada a expressão aberta de

emoções através do uso de técnica suportiva-expressiva. As pacientes falaram sobre as crenças que mantinham quanto a etiologia do câncer e o tratamento quimioterápico, demonstrando alívio e temor diante das informações recebidas. Alívio pela possibilidade de manejo dos efeitos colaterais dos tratamentos, pelo fortalecimento da confiança na equipe e por sentirem-se amparadas e compreendidas. Temor por conhecerem os mecanismos de ação das células neoplásicas e seu crescimento silencioso. Os temores foram discutidos em uma atmosfera acolhedora, buscando reforçar diferencialmente os mecanismos de enfrentamento adaptativos que as pacientes demonstraram já possuir.

As pacientes foram orientadas a manterem e levarem para as consultas médicas um caderno de anotações com as dúvidas que surgissem ao longo dos tratamentos e as perguntas que gostariam de fazer aos médicos.

Ao final do encontro, foi realizado treino em relaxamento utilizando respiração diafragmática, visualização e som ambiente. Para treino do relaxamento em casa foi entregue uma folha com as instruções de como realizá-lo. Quatro pacientes participaram neste primeiro encontro.

## **2º Encontro**

Enquanto esperavam pelo horário para iniciar o grupo, as participantes decidiram ir a um lanche oferecido pelo Serviço de Voluntariado do hospital. Solicitaram à secretária do Serviço de Oncologia que informasse à pesquisadora sobre o lanche e avisasse que a mesma estava convidada. A pesquisadora optou por não aceitar o convite e as esperou na sala do grupo. O encontro começou com meia hora de atraso.

As participantes chegaram correndo e pedindo desculpas. Mostraram um grande entrosamento e o grupo se iniciou em clima festivo. Não houve crítica ao atraso, mas foi solicitado que o mesmo fosse evitado em função do horário disponível para uso da sala, visando não prejudicar a formação de vínculo entre a pesquisadora e as pacientes. Foi, ainda, reforçado o entrosamento percebido entre as participantes. Para este dia, havia sido programada uma dinâmica para aumentar o entrosamento do grupo e facilitar a memorização dos nomes, mas a mesma foi suspensa em função da ida conjunta ao lanche ter assumido esse papel.

O encontro começou com uma breve discussão sobre como lidaram com as informações recebidas após o primeiro encontro. A paciente S2 referiu ansiedade após receber as informações, pois se sentiu mais vulnerável à doença ao passar a compreender melhor seu mecanismo de ação. As demais pacientes, no entanto, referiram aumento da

confiança no tratamento e auxiliaram na reestruturação de crenças da outra paciente através do relato sobre a forma como lidaram com as informações recebidas.

O tema do encontro **“Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos”**, foi apresentado através de uma palestra interativa, na qual foram discutidos os conceitos de emoção, sentimento, pensamento, auto-conhecimento e auto-observação, a partir do referencial da análise clínica do comportamento. O objetivo foi facilitar a discriminação de emoções, sentimentos e pensamentos desencadeados pelo diagnóstico de câncer e tratamentos relacionados.

As participantes foram ensinadas a discriminar características especiais do contexto de doença e tratamentos, para responderem diferencialmente aos aspectos que compõe o ambiente. Com este fim, foram utilizadas instruções que descreviam contingências que poderiam estar presentes e gerar dificuldades emocionais, discutidas possíveis estratégias de enfrentamento, e treinadas habilidades de enfrentamento. As pacientes relataram as reações emocionais e os comportamentos desencadeados após o diagnóstico e início dos tratamentos, e os avaliaram como funcional ou disfuncional para o seu bem-estar e dos seus familiares. Então, foram discutidas formas alternativas de agir a partir dos relatos.

Durante as discussões, a paciente S1 relatou que seu marido é alcoolista. Esta paciente passou a buscar informações sobre o manejo do alcoolismo do marido, apesar de ser constantemente redirecionada ao tema do encontro, tendo dificuldade para focalizar a atenção nas dificuldades psicossociais causadas pelo câncer. As dificuldades causadas pelo alcoolismo do marido foram relatadas como maior causa de sofrimento, se sobressaindo ao câncer.

Foi entregue e treinado o uso de um diário de comportamentos e emoções, para que pudessem utilizá-lo para monitorar seus comportamentos públicos e privados ao longo da semana.

DIÁRIO  
**APRENDENDO A ME OBSERVAR**

DATA/ HORA	O QUE ACONTECEU ANTES?	PENSAMENTOS/ SENTIMENTOS	COMO ME COMPORTEI/ O QUE FIZ?	CONSEQUÊNCIAS/ O QUE ACONTECEU DEPOIS/ QUAL A REAÇÃO DAS PESSOAS

Ao final das atividades, houve o segundo treino em relaxamento, utilizando o modelo reduzido do relaxamento muscular progressivo proposto por Jacobson. Também foi entregue as instruções para realizar o relaxamento em casa.

Neste dia, o conteúdo programado não foi completamente explorado devido ao atraso no início do grupo. A programação da intervenção teve de ser reestruturada e as participantes sugeriram que o grupo se reunisse uma dia a mais para terminar o conteúdo programado. Participaram deste encontro três pacientes.

### **3º Encontro**

Iniciado com uma breve discussão sobre como lidaram com as informações recebidas até o momento. Os diários de comportamentos e emoções foram recebidos pela pesquisadora e as pacientes relataram as dificuldades encontradas para preencher o diário e os comportamentos registrados. A paciente S1 teve dificuldade para preencher o diário e relatou que foi necessária ajuda de uma filha. Foi entregue nova folha para preenchimento do diário na semana seguinte.

No encontro, para não sobrecarregar o grupo com informações, foi finalizado o conteúdo do segundo encontro, deixando o conteúdo que seria do terceiro encontro para o quarto encontro.

Ao final das atividades, realizou-se o treino em relaxamento. Foi repetido o primeiro modelo de relaxamento, por ter sido verificada baixa adesão ao relaxamento progressivo ao longo da semana e preferência pelo uso do relaxamento com visualização. Apenas a paciente S2 relatou ter repetido o relaxamento muscular, apesar de também ter preferido o relaxamento com visualização. Participaram deste encontro três pacientes.

### **4º Encontro**

Na semana seguinte, duas pacientes (S2 e S3) solicitaram remarcação da data do encontro em função de mudança no dia de realizar a quimioterapia (devido a um feriado, a equipe médica modificou as datas inicialmente agendadas para a quimioterapia, que passou a coincidir com o dia do quarto encontro). Ao ser comunicada sobre a solicitação das demais pacientes, a paciente S1, que ainda não havia iniciado a quimioterapia, concordou e solicitou atendimento individual neste horário para discutir questões relativas ao alcoolismo do seu marido. Este encontro foi providenciado, porém não contabilizou como encontro do grupo “Aprendendo a Enfrentar”. O quarto encontro ocorreu, então, com um

intervalo de uma semana após o terceiro encontro. Seu tema foi “**Comunicando preocupações e sentimentos**”.

O encontro foi iniciado com uma breve discussão sobre como estavam lidando com as informações recebidas até o momento e enfrentando o contexto de doença e tratamento, utilizando como guia os temas presentes nos diários de comportamentos e emoções. A paciente S1 novamente teve dificuldade em preenchê-lo e não o trouxe.

Foram convidadas, então, a relatar as dificuldades de comunicação que percebiam em seu dia a dia, para, a seguir, ter início o treino em habilidades de comunicação. Após o relato das situações mais difíceis referentes à comunicação com a rede de suporte social, a equipe de saúde e membros da sociedade como um todo, houve uma discussão sobre formas alternativas para lidar com cada item relatado. Surgiram questões quanto à dificuldade de se relacionar, mesmo que brevemente, com pessoas que acreditam nos “mitos” sobre o câncer e seus tratamentos, desmistificados no primeiro encontro, mas que provocam situações, classificadas por elas, como constrangedoras. Foram identificadas questões relativas a lidar com: (a) o estigma da doença; (b) a mudança na aparência e o olhar do outro; (c) não querer adicionar sofrimento aos entes queridos; (d) a curiosidade alheia; (e) não poder chorar; (f) não poder falar o nome da doença; (g) pessoas que insistem em contar histórias sobre insucessos em tratamentos oncológicos; (h) o sentimento de pena; (i) o distanciamento social; (j) o medo das pessoas; (k) o despreparo das pessoas quando querem falar sobre as próprias dificuldades. Utilizando as dificuldades relatadas, foi elaborado e realizado um ensaio comportamental com formas alternativas de comportamentos. Este trabalho foi realizado numa atmosfera acrítica, reforçadora e de colaboração mútua. Houve sugestões entre as pacientes de formas mais adaptativas de agir. As pacientes S2 e S3 procuraram dar sugestões a S1 sobre como se comunicar com o marido alcoolista e foi necessário intervir para evitar a fuga do tema central, o enfrentamento do contexto do câncer.

Para surpresa da pesquisadora, não relataram necessidade de aprender a se comunicar melhor com a equipe de saúde. As pacientes referiram que a relação estava “muito boa”, que estavam levando para as consultas as anotações com os questionamentos que desejavam fazer ao médico, e que não sentiam mais vergonha de perguntar e interagir durante as consultas.

Ao final, foram apresentados slides com fotos do câncer sendo atacado pelas células-T e foi explicado como tal processo ocorre, a forma de ação da medicação quimioterápica sobre as células neoplásicas e como o sistema imunológico e a medicação

podem trabalhar em conjunto. Após a explicação, foram orientadas sobre o uso das imagens para a realização de um relaxamento por imaginação guiada e o mesmo foi realizado.



Foi entregue às participantes uma folha contendo as instruções para repetirem o relaxamento por visualização em casa. Participaram deste encontro as três pacientes.

### **5º Encontro**

Neste dia houve falta de luz no HUB e, para as pacientes não sofrerem prejuízos, o encontro foi realizado mesmo no escuro, à luz de um *notebook* ligado com sua bateria. O tema inicialmente estruturado para este encontro não pode ser trabalhado e foi transferido para o próximo encontro.

Apesar do grupo ocorrer quase no escuro, houve boa participação e foi possível revisar as informações dos encontros anteriores e favorecer a expressão de emoções utilizando intervenção suportivo-expressiva. A pesquisadora foi informada neste dia, durante o grupo, que havia a possibilidade de falta de luz neste horário, nas próximas semanas. Para tentar sanar esta dificuldade, o fato foi levado ao grupo com o qual foi negociada a possibilidade de mudar o último encontro para um outro dia. Neste momento, demonstraram enorme satisfação com a mudança e revelaram que estava difícil retornar para casa de transporte coletivo após as 18 horas. Havendo concordância entre todos os membros e não havendo empecilhos técnicos, o grupo passou de quarta-feira à tarde para segunda-feira pela manhã. Ao final, foi realizado relaxamento com uso de imaginação guiada, repetindo o treino do encontro anterior. Participaram deste encontro três pacientes.

### **6º Encontro**

Neste encontro foi discutido o tema “**Manejando problemas emocionais e físicos**” e realizada a confraternização final. Foram revisadas as informações sobre autoconhecimento e auto-monitoramento, para, a seguir, apresentar o treino em resolução



de problemas, seguindo as orientações de Nezu, Nezu, Friedman, Faddis e Houts (1999) presentes no livro *Helping cancer patients cope: a problem-solving approach*.

Após, foi realizada uma adaptação da dinâmica do barbante, na qual uma paciente foi solicitada a passar o barbante para a outra e dar *feedback* sobre o que percebeu nesta ao longo dos encontros. Os *feedbacks* foram positivos e reforçaram os comportamentos adaptativos. Todas as participantes enfatizaram o uso da fé como recurso de enfrentamento. Ao final houve treino em relaxamento com uso de imaginação guiada.

Antes da confraternização, a pesquisadora se retirou e a auxiliar de pesquisa aplicou o questionário diretivo para avaliar a intervenção. Foi salientada a importância de responderem honestamente aos questionamentos a fim de aprimorar a intervenção para seu uso com outros pacientes. A pesquisadora também sinalizou estar aberta para receber críticas, informando que estas poderiam auxiliar no seu próprio aprendizado.

Após a aplicação do questionário, a pesquisadora foi chamada à sala e a confraternização foi realizada.

**ANEXO 8 – Cronograma da Intervenção Psicoeducacional em Grupo**

Grupo Psicoeducacional  
“APRENDENDO A ENFRENTAR”

***APRENDENDO A ENFRENTAR***

Grupo Psicoeducacional

**30/04 – 16h**

**Tema:** Palestra com o médico

**Objetivos:** Informar, orientar e aumentar o aproveitamento das consultas médicas. Facilitar a comunicação com a equipe.

**07/05 – 16h**

**Tema:** Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos

**Objetivos:** Auxiliar no autoconhecimento e contribuir para o melhor enfrentamento dos efeitos emocionais do câncer e seus tratamentos.

**14/05 – 16h**

**Tema:** Comunicando preocupações e sentimentos

**Objetivos:** Favorecer a comunicação com os entes queridos e com a equipe de saúde sobre o que estão sentindo e vivenciando desde o diagnóstico. Orientar sobre como conversar com crianças sobre a doença.

**21/05 – 16h**

**Tema:** Manejando problemas emocionais e físicos.

**Objetivo:** Ensinar técnica utilizada para resolução de problemas e reavaliar o que foi ensinado durante os encontros.

**CONFRATERNIZAÇÃO**

**ANEXO 9 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**  
**PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO**

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Avaliação de eficácia terapêutica em psicologia oncológica: intervenção psicoeducacional em grupo “Aprendendo a Enfrentar”.

O nosso objetivo é sistematizar um programa de intervenção psicoeducacional em grupo para pacientes do serviço de oncologia e avaliar se o mesmo é eficaz para promover uma melhor adaptação ao contexto de doença e tratamento.

Pretendemos avaliar o(a) senhor(a) antes da participação neste grupo, após o mesmo e 3 meses depois, com entrevista e instrumentos psicológicos, para verificar se o grupo cumpriu com seus objetivos de auxiliar no enfrentamento da doença e do tratamento. São 4 encontros em grupo onde serão fornecidas informações sobre o câncer e seus tratamentos, assim como serão ensinadas técnicas psicológicas que são empregadas para auxiliar pacientes a lidar com o câncer e seus tratamentos. Além desses, serão necessárias duas vindas ao hospital para as avaliações mencionadas acima. Para todas as vindas ao hospital em função da pesquisa, havendo custos, estes serão cobertos pelo pesquisador responsável.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome será mantido sob sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos que a senhor(a) pode se recusar participar e, mesmo concordando em participar, que pode deixar de responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo ainda desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Oncologia e para todo o Hospital Universitário de Brasília - HUB, podendo inclusive ser publicados posteriormente, a fim de contribuir para o aprimoramento do cuidado às pessoas portadoras de câncer. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do Serviço de Psicologia.

Se houver alguma pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Juciléia Rezende Souza, no CRP:01/7239 Fone:, em horário comercial., pelo telefone: (61) 34485279 ou 34485276.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB – Fone: (61) 3307-3799.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

CONCORDO EM PARTICIPAR

Nome /identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**  
**NÃO PARTICIPANTES**

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Avaliação de eficácia terapêutica em psicologia oncológica: intervenção psicoeducacional em grupo “Aprendendo a Enfrentar”.

O nosso objetivo é sistematizar um programa de intervenção psicoeducacional em grupo para pacientes do serviço de oncologia e avaliar se o mesmo é eficaz para promover uma melhor adaptação ao contexto de doença e tratamento.

Pretendemos avaliar o(a) senhor(a) em três momentos distintos a fim de comparar os dados dos participantes da intervenção com os dos não participantes, por assim terem escolhido. Serão utilizadas as mesmas entrevistas e testes psicológicos, para verificar a forma de enfrentar a doença e os tratamentos. São 3 encontros individuais, agendados pelo telefone, em diferentes momentos. Entre a primeira e a segunda avaliação há um intervalo médio de um mês e meio, enquanto entre a segunda e a terceira este intervalo é de três meses. Para essas vindas ao hospital, havendo custos, estes serão cobertos pelo pesquisador responsável.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome será mantido sob sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informamos que a senhor(a) pode se recusar participar e, mesmo concordando em participar, que pode deixar de responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo ainda desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Oncologia e para todo o Hospital Universitário de Brasília - HUB, podendo inclusive ser publicados posteriormente, a fim de contribuir para o aprimoramento do cuidado às pessoas portadoras de câncer. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do Serviço de Psicologia.

Se houver alguma pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Juciléia Rezende Souza, no CRP:01/7239 Fone:, em horário comercial., pelo telefone: (61) 34485279 ou 34485276.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB – Fone: (61) 3307-3799.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Sr.(a).

CONCORDO EM PARTICIPAR

Nome /identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

**ANEXO 10 – Tabulação do questionário diretivo**

### Tabulação do questionário diretivo

Pergunta	Opções	Respostas
Quais fatores foram determinantes para que decidisse participar do programa	A coordenadora	1
	Minha saúde	1
	O convite veio no momento mais adequado	3
	Outros motivos	“O conhecimento científico sempre é valioso, por parte da coordenadora.”
Você considerou o tamanho (6 semanas) do programa?	Apropriado	2
	Poderia ser maior	1
A frequência dos encontros (1 vez por semana) foi:	Apropriada	2
	Outra sugestão	2 vezes por semana
O tempo de duração (2 hs) dos encontros foi:	Apropriado	3
O dia e horário escolhido para o grupo foi:	Não satisfatório	3
	Quais os motivos?	“Sair as 18h (a noite) é difícil” / “Quarta é pior porque é mais difícil pegar ônibus”
	Alguma sugestão?	“segunda foi ótimo” / “a segunda feira ficou melhor” / “de manhã, o horário de segunda é melhor”
O quanto você considera que o programa do grupo atendeu às suas necessidades?	Muito bem	1
	Bem o suficiente	2
Por favor, contamos com suas sugestões para melhorar o programa. O que pode nos sugerir? (seja mais específico possível)	“Foi bom”.	
<b>Pergunta</b>	<b>Respostas</b>	
Dê uma nota de 0 a 10 para o médico palestrante:	10 / 10 / 10	
O que pode sugerir para melhorar seu trabalho?	"foi boa/ ótimo" / "que a UNB deveria investir mais nas pesquisas que ele faz com seus pacientes, melhorar a carga horária (diminuir). Ter bom material." / " não tem o que melhorar"	
Dê uma nota de 0 a 10 para a coordenadora:	10 / 10/ 9	
O que pode sugerir para melhorar seu trabalho?	"ela vai com a gente até onde for preciso" / "ter mais pessoas. Para ela poder passar para mais pessoas." / "que não houvesse quebra nas sessões, que tivesse uma seqüência, aproveitaria melhor".	
Dê uma nota de 0 a 10 para você enquanto participante:	8 / 8 / 7	
O que pode sugerir para melhorar a participação dos futuros integrantes do programa?	"não tem como" / "buscar mais pessoas, diminuir a dificuldade em participar do grupo" / " para não distanciar as sessões, o aproveitamento seria melhor"	



<b>Dê uma nota de 0 a 10 para os temas dos encontros:</b>	
Compreendendo o câncer e seus tratamentos (Palestra com Dr.º Marco Vinícios)	10 / 10 / 10
Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos	10 / 8 / 9
Comunicando preocupações e sentimentos:	10 / 7 / 9
Manejando problemas emocionais e físicos	10 / 9 / 9
Como você acredita que o grupo “Aprendendo a enfrentar” possa ter ajudado você?	"Descobri diversas coisas, como pedir ajuda. Ajudou a expor os sentimentos para as pessoas ajudar." / "Ajudou muito. Estava perdida. Hoje estou por dentro do assunto e explico para a família." / "Fui alertada com palestras, os exemplos de pacientes, isso me ajudou bastante.
Tem alguma sugestão para o programa?	"O paciente devia sempre após cirurgia entrar no grupo e procurar o psicólogo. Era bom que fosse antes, lá no início." / "pode melhorar bastante buscando mais pessoas" / "Tudo certo com a programação"
Como gostaria que fosse realizado o suporte psicológico após o grupo? Tem alguma sugestão?	"De acordo com o que for acontecendo. Se precisar depois, o paciente procura" / "Continuar vindo conversar. Quando tiver problema, marcar um encontro." / "Tendo acompanhamento individual com a psicóloga Juciléia. Porque sempre irá surgir alguma coisa que possa deixar pra baixo."
Quer fazer algum comentário final?	"Foi ótimo. Teve muita amizade com todos que estavam dentro" / "Foi muito boa as palestras" / "Tudo certo!"

**ANEXO 11 – Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a  
Partir das Entrevistas  
FASE 1**

**Categoria: Contexto do diagnóstico de câncer e início dos tratamentos**

Subcategoria	Caracterização	Definição
A identificação da necessidade de auxílio médico	Através de sintomas e prejuízos físicos inicialmente percebidos	Sintomas, sinais e sensações físicas presentes antes do diagnóstico, responsáveis pela busca de auxílio médico.
	Através de auto-exame	Exame mensal das mamas pela própria paciente, seguindo as orientações médicas quanto à sua realização.
Os comportamentos desencadeados pela percepção dos sintomas e prejuízos físicos	Buscar auxílio médico	Frente aos sintomas e prejuízos físicos percebidos, marcar consultas médicas ou procurar um serviço de emergência com o objetivo de diagnosticar e tratar a causa destes.
	Postergação da consulta médica	Frente aos sintomas e prejuízos físicos, evitar a marcação de consultas médicas ou busca de serviços de emergência, não diagnosticando e tratando a causa destes.
	Suspeita pré-diagnóstico	Suspeitar, antes do diagnóstico, que os sintomas e prejuízos físicos foram causados pelo câncer.
	Reações emocionais negativas	Desespero Preocupação Ansiedade
A relação com os serviços de saúde	Falha diagnóstica	Diagnóstico médico de outras patologias a partir dos sintomas e prejuízos físicos causados pelo câncer, adiando a identificação deste.
	Demora na marcação e emissão dos resultados de exames na rede pública	Atraso para a emissão de laudo de exames realizados durante o processo de diagnóstico.
	Necessidade de recorrer à rede particular	Em função da falha diagnóstica ou da demora em emitir resultados de exames na rede de saúde pública, a fim de facilitar o processo diagnóstico, recorrer ao serviço particular de saúde.
	Necessidade de recorrer à rede pública	Em função dos elevados custos para dar seqüência aos tratamentos na rede de saúde particular, recorrer aos serviços públicos de saúde.
	Estrutura assistencial insuficiente na rede de saúde pública	Falta de estrutura operacional na rede de saúde pública interferindo no diagnóstico e tratamento dos pacientes.
Reações que sinalizam dificuldades emocionais diante da confirmação do diagnóstico	Tristeza	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de sofrimento emocional.
	Medo	
	Sensação de derrota	
Reações adaptativas diante da confirmação do diagnóstico	Aceitação	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas pelo fim de estímulos aversivos e/ou apresentação de reforçadores, caracterizando experiências de alegria, prazer, esperança, alívio.
Relato de reações que sinalizam dificuldades emocionais dos familiares diante da confirmação do diagnóstico	Pânico	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
	Insegurança	
	Tristeza	
	Choque	

**Categoria: O câncer**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Crenças sobre a causa do câncer	Sofrimento emocional	Crença do paciente que o câncer seria desencadeado por contextos aversivos que provocassem elevado sofrimento emocional.
	Destino/ vontade divina	Crença do paciente de que a experiência de ter câncer já estaria previamente reservada para a vida dele por alguma vontade superior espiritualmente.
	Herança genética	Crença do paciente de que o câncer é biologicamente determinado, pela herança de genes defeituosos presentes nos familiares.
Significado do câncer para o paciente	Doença emocional	Crença do paciente de que o câncer é suscetível às mudanças no humor e das emoções, podendo estas interferir, melhorando ou prejudicando, no curso da doença.
	Doença eclética	Percepção do câncer como uma doença que atinge a qualquer indivíduo, independente de classe social, cultura, raça, cor ou credo.

**Categoria: A rede de suporte social**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Suporte social emocional	Percepção de necessidade	Relatar que existe carência de reforçadores sociais para lidar com a estimulação aversiva causada pelo câncer e seus tratamentos.
	Disponibilidade	Disponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente
	Indisponibilidade	Indisponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente
	Satisfação	Relatos sobre a satisfação ao receber suporte emocional, qualificando este como agradável e útil
Suporte social instrumental	Insatisfação	Relatos desqualificando a forma como o suporte emocional é fornecido, com queixa de comportamentos inadequados de quem o oferece.
	Percepção de necessidade	Relatar que existe privação de reforçadores sociais instrumentais (como dinheiro, ajuda para desenvolver suas atividades diárias e conseguir atendimento na rede pública) para lidar com a estimulação aversiva causada pelo câncer e seus tratamentos.
	Disponível	Disponibilidade de pessoas que possam suprir as dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.
Suporte social instrumental	Indisponível	Indisponibilidade de pessoas que possam suprir dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.
	Suporte assistencial oferecido pelo governo ao paciente oncológico	Dificuldades de acesso aos benefícios assistenciais oferecidos aos pacientes oncológicos

**Categoria: O contexto do tratamento cirúrgico**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Suporte social emocional	Disponibilidade	Disponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente.
Suporte social instrumental	Disponível	Disponibilidade de pessoas que possam suprir as dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.
Prejuízos físicos	Limitações físicas	Relato de limitações físicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer que impedem ou atrapalham a realização das atividades rotineiras.
	Dor	Relato de sensações dolorosas agudas e/ou crônicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer.
	Desconforto físico	Relatos de pequenas alterações na saúde e/ou de indisposições físicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer.
Prejuízos psicossociais	Dificuldades sexuais	Relatos de prejuízos físicos que dificultam ou impeçam a atividade sexual.
	Afastamento do cônjuge	Relato de comportamentos de fuga e/ou esquiva do cônjuge em relação ao paciente.
	Interrupção de atividade laborativa	Em função da cirurgia, relato de perda da capacidade para exercer as atividades financeiramente rentáveis anteriormente desempenhadas.
	Medo de dor	Comportamentos de fuga e esquiva utilizados frente a situações que passaram a provocar dor após a cirurgia.
	Imagem corporal perturbada	Relatos de modificações negativas na representação mental do pacientes sobre seu próprio corpo após o procedimento cirúrgico.
Adesão às recomendações	Presente	Comportamentos de adesão às recomendações da equipe sobre os cuidados pré, peri e pós-cirúrgicos.
	Ausente	Ausência de comportamentos de adesão às recomendações da equipe sobre os cuidados pré, peri e pós-cirúrgicos.

**Categoria: O impacto do câncer do câncer e seus tratamentos**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Mudanças positivas de comportamento em função da doença	Melhora no autocuidado	Aumento na frequência de comportamentos saudáveis visando melhora no bem-estar físico e emocional.
	Aumento do foco no presente	Aumento da sensibilidade às contingências atuais, visando ampliar o acesso aos reforçadores acessíveis em curto prazo.
Medos desencadeados por ter câncer	De recidiva	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela percepção de risco presente ou futuro de recidiva da doença.
	Da morte	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela percepção de risco presente ou futuro de morte.
	Do futuro	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela possibilidade futura de eventos aversivos relacionados à doença.
Reações que sinalizam dificuldades para lidar com a doença	Depressão/ tristeza /Inconformismo	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
	Enfraquecimento / Sensações ruins	
	Insegurança	
Prejuízos psicossociais	Insônia	Dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, presença de sono não reparador, com o comprometimento conseqüente do desempenho nas atividades diurnas.
	Interrupção da atividade laborativa	Em função do diagnóstico de câncer e início do tratamento, o paciente fica impedido de exercer as atividades financeiramente rentáveis anteriormente desempenhadas.

**Categoria: O relacionamento com a equipe**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Comunicação com a equipe	Relato de sintomas	Relatar, durante as consultas, apenas os sintomas, sem participar de forma ativa do próprio tratamento.
	Esclarecimento de dúvidas	Relatar, durante as consultas, os sintomas e buscar o esclarecimento de suas dúvidas, participando mais ativamente do seu tratamento.
	Discussão sobre o tratamento	Comportamentos verbais de questionamento e esclarecimento das condutas, orientações e diagnósticos médicos, visando à participação ativa do paciente no tratamento e a manutenção de uma autonomia esclarecida para participar das decisões terapêuticas.
Satisfação com o tratamento	Presente	Expressão verbal de satisfação com o tratamento oferecido pela equipe médica que acompanhou seu tratamento no HUB.

**Categoria: Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e seus tratamentos**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Foco no problema	Tentar ser mais forte e otimista	Comportamentos públicos e/ou privados de auto-controle mantidos pela possibilidade de obter, dentro do contexto de doença e tratamento, reforçamento a longo prazo, seja este positivo (cura, sucesso com o tratamento) e/ou negativo (fim do mal-estar, fim dos tratamentos aversivos), contribuindo para a formulação de regras sobre como agir para lidar com as contingências aversivas atuais para ter acesso aos reforçadores desejados.
	Evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia	Ausência de esquiva experiencial, favorecendo a exposição às contingências atuais e aprendizagem de novos comportamentos
	Concentrar nas coisas positivas da vida	Aumentar a sensibilidade aos estímulos discriminativos que sinalizam uma maior possibilidade de reforçamento positivo.
	Buscar informações	Comportamentos de leitura e/ou solicitação de informação a terceiros com a finalidade de buscar informações a respeito do câncer e seus tratamentos.
	Insistir e lutar pelo que quer	Comportamentos de enfrentamento ativo e de investimento contínuo em um mesmo objetivo, visando a resolução dos problemas causados pelo câncer.
	Comparar a coisas piores	Comparação entre o seu contexto de vida atual e o de outras pessoas que estejam vivenciando contingências avaliada como mais aversivas, a fim de formular regras que favoreçam o enfrentamento do câncer e de seus tratamentos.
	Considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela	Reavaliação positiva da situação atual, na qual esta passa a ser considerada uma oportunidade de aprendizagem e aprimoramento comportamental para lidar com situações futuras.
	Buscar diferentes soluções para o problema	Relatos de variabilidade comportamental para lidar com contingências aversivas visando sua resolução.
	Planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos	Planejamento de passos necessários para mudar o ambiente e tornar mais provável a resolução dos problemas gerados pelo câncer e seus tratamentos.

Foco na emoção	Recusa em acreditar /negação	Negar a presença de problemas, se esquivando de pensamentos e sentimentos relacionados ao câncer e seus tratamentos.
	Culpar-se	Estados corporais, nomeados como sentimento de culpa, são desencadeados por contingências aversivas onde há punição dos comportamentos inadequados, levando o indivíduo a se responsabilizar pela punição recebida. Contextos de vida extremamente punitivos favorecem percepções distorcidas onde comportamentos não relacionados à contingência aversiva também são punidos e desencadeiam estados corporais semelhantes.
	Procurar um culpado para a situação	Responsabilizar e relacionar pessoas ou determinadas situações às contingências aversivas presentes no seu contexto de vida atual.
	Brigar consigo mesmo	Autopunição por antecipar a probabilidade de, ou respe os r a estimulação adversativa com comportamentos privados e estados corporais sentidos com negativos.
Busca de práticas religiosas	Apego à fé	Crença na existência de um Deus ou de proteção espiritual, socialmente aprendida e reforçada, que leva à expectativa de fim ou minimização da estimulação aversiva causada pelo câncer.
	Rezar/orar	Práticas religiosas relativas à expressão da fé, reforçadas negativamente pela expectativa de fim ou minimização da estimulação aversiva causada pelo câncer.
Busca de suporte social	Expressão de emoções	Expressão verbal de comportamentos privados (emoções, sentimentos, sensações e pensamentos) possibilitando que outras pessoas tenham acesso a estes.
	Suporte emocional	Expressão verbal de dificuldades emocionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam oferecer suporte emocional
	Auxílio instrumental	Expressão verbal de dificuldades operacionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam auxiliar na resolução destas.
	Evitar a expressão de emoções negativas	Relatos de contextos nos quais o paciente evitou expressar verbalmente de dificuldades emocionais desencadeada pela estimulação aversiva causada pelo câncer.
Regulação emocional	Oferecer suporte às pessoas com dificuldades	Praticar atividades assistenciais socialmente reforçadoras, visando à resolução ou minimização de problemas vivenciados com o câncer.
	Uso de bom-humor	Comportamento brincalhão utilizado como forma de descontrair, se divertir e tirar o foco do problema.
	Distração	Comportamentos públicos ou privados emitidos com a finalidade de redirecionar a atenção a estímulos não relacionados à doença e tratamentos.
	Reavaliação positiva	Tentativas cognitivas de analisar e reavaliar um problema criando significados positivos.

**Categoria: Sobre a intervenção psicoeducacional**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Expectativas	Controle emocional	Supor que a intervenção auxiliará no controle ou extinção das emoções negativas desencadeadas pela estimulação aversiva causada pelo câncer.
	Suporte emocional	Supor que a intervenção proporcionará reforçadores sociais positivos.
	Conhecer pessoas com problemas semelhantes	Esperar conhecer pessoas com problemas semelhantes visando à troca de experiências, aprendizagem, suporte e comparação social.

**ANEXO 12 – Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a  
Partir das Entrevistas  
FASE 2**



**Categoria: A rede de suporte social**

Subcategoria	Caracterização	Definição	
Suporte social emocional	Percepção de necessidade de suporte emocional	Presente	Relatar que existe carência de reforçadores sociais para lidar com a estimulação aversiva causada pelo câncer e seus tratamentos.
		Ausente	Relatar que não existe carência de reforçadores sociais para lidar com a estimulação aversiva causada pelo câncer e seus tratamentos.
	Disponível	Disponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente	
	Insatisfação	Relatos desqualificando a forma como o suporte emocional é fornecido, com queixa de comportamentos inadequados de quem o oferece.	
Suporte social instrumental	Disponível	Disponibilidade de pessoas que possam suprir as dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.	
	Indisponível	Indisponibilidade de pessoas que possam suprir dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.	
Suporte assistencial oferecido pelo governo ao paciente oncológico	Dificuldades de acesso aos benefícios assistenciais oferecidos para pacientes oncológicos	Relatos de demora, desorganização e entraves burocráticos para ter acesso a benefícios como: auxílio doença, passe livre, aposentadoria.	

**Categoria: Contexto do tratamento quimioterápico**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Prejuízos físicos	Limitações físicas	Relato de limitações físicas relacionadas ao tratamento quimioterápico do câncer que impedem ou atrapalham a realização das atividades rotineiras.
	Efeitos colaterais da quimioterapia	Efeitos adversos, diferentes dos efeitos desejados, ocasionados pelo uso de medicação quimioterápica.
Melhora dos prejuízos inicialmente presentes	Dos prejuízos causados pela cirurgia	Relato de melhora ao longo da quimioterapia dos prejuízos físicos desencadeados pelo procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer.
Prejuízos psicossociais	Interrupção de atividades sociais	Dificuldades para manter as atividades sociais anteriores à doença.
	Ansiedade antecipatória	Em função da estimulação aversiva provocada pelos efeitos colaterais da quimioterapia, o paciente passa a experimentar estados corporais, denominados como ansiedade, frente a aproximação do dia de se submeter a um novo ciclo de quimioterapia.
O período entre os ciclos de quimioterapia	Aproveitamento do período sem prejuízos físicos	Relato de atividades prazerosas entre os ciclos de quimioterapia, no período no qual os efeitos colaterais diminuem ou desaparecem.
Adesão às recomendações	Presente	Comportamentos de adesão às recomendações da equipe sobre os cuidados necessários no período da quimioterapia.
Expectativas	Retorno às atividades anteriores	O paciente espera poder retomar completamente suas atividades anteriores após o final da quimioterapia.
	Recuperação física	O paciente espera que logo após o final da quimioterapia esteja fisicamente recuperado da doença, tendo fim o processo de tratamento e iniciando o acompanhamento.

**Categoria: O impacto do câncer e seus tratamentos**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Mudanças positivas de comportamento em função da doença	Aumento do foco no presente	Aumento da sensibilidade às contingências atuais, visando ampliar o acesso aos reforçadores acessíveis a curto prazo.
	Redefinição de prioridades	O câncer agindo como operação estabelecadora, aumentando o valor reforçador de determinados estímulos e reduzindo o de outros, tornando mais prováveis comportamentos reforçados pelos estímulos agora valorizados.
	Ampliação da rede de relacionamentos sociais	Mudança no padrão comportamental de interação social do paciente com a finalidade de aumentar a frequência e a qualidade de seus relacionamentos sociais.
Medos desencadeados por ter câncer	Do futuro	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela possibilidade futura de eventos aversivos relacionados à doença,
	Ausência de medo	Relato de ausência de comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e de estados corporais, relacionados à emoção medo, frente a estímulos potencialmente aversivos.
Reações que sinalizam dificuldades para lidar com a doença	Preocupação	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
	Ansiedade / Insegurança	
	Tristeza	
Reações que sinalizam capacidade para lidar com a doença	Estar bem (Relatar ausência de reações negativas)	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas pelo fim de estímulos aversivos e/ou apresentação de reforçadores, caracterizando experiências de alegria, prazer, esperança, alívio.
Relato de reações que sinalizam capacidade dos familiares lidarem com a doença	Esperança	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas pelo fim de estímulos aversivos e/ou apresentação de reforçadores, caracterizando experiências de alegria, prazer, esperança, alívio.
Prejuízos psicossociais	Insônia	Dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, presença de sono não reparador, com o comprometimento consequente do desempenho nas atividades diurnas.
	Imagem corporal perturbada	Relatos de modificações negativas na representação mental do pacientes sobre seu próprio corpo após o procedimento cirúrgico.
	Dificuldades sexuais	Relatos de prejuízos físicos que dificultam ou impeçam a atividade sexual.
Problemas concorrentes	Problema de saúde em familiares	Existência de familiares com problemas de saúde que estão sob o cuidado da paciente.
	Alcoolismo do cônjuge	Convivência com cônjuge alcoolista.

**Categoria: Relacionamento com a equipe**

Subcategoria	Caracterização	Definição	
Comunicação com a equipe	Anotação das dúvidas	Engajamento na proposta de anotação de dúvidas sobre a doença e os tratamentos entre as consultas para facilitar a comunicação com o médico e aumentar o aproveitamento da consulta.	
	Esclarecimento de dúvidas	Relatar, durante as consultas, os sintomas e buscar o esclarecimento de suas dúvidas, participando mais ativamente do seu tratamento.	
	Habilidade social	Presente	O paciente relata uso de habilidades de comunicação e de relação com a equipe de profissionais ao longo do tratamento.
	Discussão sobre o tratamento	Comportamentos verbais de questionamento e busca de informações sobre as condutas, orientações e diagnósticos médicos, que favorecem a participação ativa e a manutenção da autonomia do paciente para tomar decisões ao longo do tratamento.	
Satisfação com o tratamento	Presente	Expressão verbal de satisfação com o tratamento oferecido pela equipe médica que acompanhou seu tratamento no HUB.	

**Categoria: Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e o tratamento quimioterápico**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Foco no problema	Tentar ser mais forte e otimista	Comportamentos públicos e/ou privados de autocontrole mantidos pela possibilidade de obter, dentro do contexto de doença e tratamento, reforçamento a longo prazo, seja este positivo (cura, sucesso com o tratamento) e/ou negativo (fim do mal-estar, fim dos tratamentos aversivos), contribuindo para a formulação de regras sobre como agir para lidar com as contingências aversivas atuais para ter acesso aos reforçadores desejados.
	Buscar informações	Comportamentos de leitura e/ou solicitação de informação a terceiros com a finalidade de buscar informações a respeito do câncer e seus tratamentos.
	Se concentrar em algo bom que possa vir desta situação	Comportamentos públicos e/ou privados de auto-controle mantidos pela possibilidade de obter, em contextos de vida alheios à doença, reforçamento positivo e/ou negativo.
	Considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela	Reavaliação positiva da situação atual, na qual esta passa a ser considerada uma oportunidade de aprendizagem e aprimoramento comportamental para lidar com situações futuras.
	Evitar comportamentos impulsivos	Utilizar comportamentos de autocontrole visando a obtenção de reforçadores adiados ou de longo prazo relacionados aos cuidados da saúde, evitando responder de acordo com o reforçamento imediato.
	Planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos	Planejamento de passos necessários para mudar o ambiente e tornar mais provável a resolução dos problemas gerados pelo câncer e seus tratamentos.
Foco na emoção	Recusa em acreditar /negação	Negar a presença de problemas, se esquivando de pensamentos e sentimentos relacionados ao câncer
	Culpar-se	Estados corporais, nomeados como sentimento de culpa, são desencadeados por contingências aversivas nas quais há punição dos comportamentos inadequados, levando o indivíduo a se responsabilizar pela punição recebida. Contextos de vida extremamente punitivos favorecem percepções distorcidas e os comportamentos não relacionados à contingência aversiva também são punidos e desencadeiam estados corporais semelhantes.
	Brigar consigo mesmo	Autopunição por antecipar a probabilidade de, ou responder a estimulação adversativa com comportamentos privados e estados corporais sentidos com negativos.

Busca de práticas religiosas	Apego à fé	Crença na existência de um Deus ou de proteção espiritual, socialmente aprendida e reforçada, que leva à expectativa de fim ou minimização da estimulação aversiva causada pelo câncer.
	Rezar/orar	Práticas religiosas relativas à expressão da fé, reforçadas negativamente pela expectativa de fim ou minimização da estimulação aversiva causada pelo câncer.
	Esperar por um milagre	Expectativa de cura através da fé.
Busca de suporte social	Expressão de emoções	Expressão verbal de comportamentos privados (emoções, sentimentos, sensações e pensamentos) possibilitando que outras pessoas tenham acesso a estes.
	Suporte emocional	Expressão verbal de dificuldades emocionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam oferecer suporte emocional
	Auxílio instrumental	Expressão verbal de dificuldades operacionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam auxiliar na resolução destas.
	Evitar a expressão de dificuldades emocionais	Relatos de contextos nos quais o paciente evitou expressar verbalmente de dificuldades emocionais desencadeada pela estimulação aversiva causada pelo câncer.
Regulação emocional	Uso de bom-humor	Comportamento brincalhão utilizado como forma de descontrair, se divertir e tirar o foco do problema.
	Distração	Comportamentos públicos ou privados emitidos com a finalidade de redirecionar a atenção a estímulos não relacionados à doença e tratamentos.
	Prática de respiração diafragmática e meditação	Uso das técnicas respiração diafragmática e meditação para auxiliar no manejo dos estados corporais que compõem a ansiedade.
	Dificuldade para praticar o relaxamento muscular e a imaginação guiada	Relato de dificuldade para utilizar as técnicas de relaxamento muscular e de imaginação guiada em função da ausência de pessoas para lerem as instruções dessas técnicas.
Outros	Evitar pessoas e contextos negativos	Comportamentos de fuga e esquiva utilizados frente a possibilidade de estimulação aversiva.
	Transmitir o aprendizado do grupo a outros pacientes	Relato de informações e de comportamentos aprendidos durante a intervenção psicoeducacional à outros pacientes do HUB, com a finalidade de oferecer suporte emocional e divulgar informações úteis, fortalecendo seu autoconceito ao receber reforçamento social positivo.
	Escrever diário	Manter um registro diário dos comportamentos privados e públicos como forma de favorecer, pela auto-observação, o autoconhecimento e o autocontrole.

**Categoria: Sobre a intervenção psicoeducacional**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Comportamentos adaptativos percebidos como resultado da intervenção	Aceitação e busca de suporte social	Relato de mudança nos padrões de comportamento de interação social, provocada pela aceitação de ajuda e melhora na habilidade social de buscar suporte quando necessário, em função da intervenção.
	Melhor habilidade de comunicação e aproveitamento da consulta médica	Relato de mudança nos padrões de interação com a equipe médica durante os atendimentos, com aumento na frequência de comportamentos voltados à participação ativa no tratamento.
	Melhor enfrentamento	Relato de maior facilidade para lidar com os eventos aversivos e os estados corporais desencadeados pelo câncer e seus tratamentos.
	Assertividade para lidar com o estigma do câncer	O paciente relata expressar de forma mais adequada sentimentos e pensamentos, visando descaracterizar o estigma do câncer sem prejudicar as relações futuras com as pessoas que se comportaram de acordo com este.
	Assertividade ao lidar com a rede social	O paciente relata expressar de forma mais adequada sentimentos e pensamentos, de forma a atingir seus objetivos sem prejudicar as relações futuras com membros de sua rede de relacionamento social.
	Melhor autocuidado	O paciente relaciona o aumento na frequência de comportamentos saudáveis visando melhora no bem-estar físico e emocional à participação na intervenção.
	Saber lidar com os efeitos colaterais da quimioterapia	O paciente relata maior habilidade para lidar com os efeitos colaterais da quimioterapia, minimizando ou evitando possíveis danos através do engajamento em comportamentos ensinados durante a intervenção.
Outros ganhos percebidos	Contato social	Relato de sensações prazerosas, interação social positiva e aprendizagem de novos comportamentos em função do contato social com todos os integrantes do grupo ao longo dos encontros e fora destes.
	Aprendizado	O paciente relata satisfação com as informações recebidas ao longo da intervenção.
	Melhor bem-estar emocional	O paciente relata aumento nas experiências emocionais positivas e diminuição das experiências emocionais negativas desencadeadas após a doença.
	Autoconhecimento	O paciente refere melhor discriminação dos seus eventos privados e comportamentos após a intervenção, havendo maior habilidade para descrevê-los verbalmente.
	Diminuição no valor aversivo da doença	O paciente refere que a intervenção o auxiliou a mudar a forma como percebia a doença, reduzindo seu valor aversivo.
Sugestões	Oferecer a todos os pacientes quando saem da cirurgia	Sugestão para que a intervenção fosse oferecida a todos os pacientes oncológicos logo após a cirurgia, indicando esse momento como de grande necessidade de intervenção.
	Oferecer a mais pacientes	Sugestão para que a intervenção fosse oferecida a todos os pacientes oncológicos, indicando esse contexto como de grande necessidade de intervenção.
	Literatura para utilizar no grupo	Sugestão de livros com conteúdos que o paciente avaliou como úteis para o trabalho com grupo psicoeducacional.
Problemas identificados	Tamanho pequeno	Queixa do paciente de menor aproveitamento da intervenção em função do número pequeno de participantes, por limitar as experiências que poderiam ser trocadas, a aprendizagem a partir do contato social e a discussão dos temas apresentados nos encontros.
	Diferença no nível de aproveitamento dos participantes	Percepção do paciente sobre a dificuldade de aproveitamento da intervenção pelos outros membros do grupo.

**ANEXO 13– Definições das Categorias Identificadas nos Relatos dos Sujeitos a  
Partir das Entrevistas  
FASE 3**

**Categoria: O câncer**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Sobre a causa do câncer	Sofrimento emocional	Crença do paciente de que o câncer seria desencadeado por contextos aversivos que provocassem elevado sofrimento emocional.
	Destino/vontade divina	Crença do paciente de que a experiência de ter câncer já estaria previamente reservada para a vida dele por alguma vontade superior espiritualmente.
	Estresse	Crença do paciente de que o câncer seria desencadeado por contextos aversivos que provocassem elevado estresse, desgastando o organismo.
	Multifatorial	Crença do paciente de que o câncer tem múltiplas causas.

**Categoria: A rede de suporte social durante a quimioterapia**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Suporte social emocional	Disponibilidade	Disponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente
	Indisponibilidade	Indisponibilidade de pessoas que possam oferecer suporte emocional ao paciente
	Insatisfação	Relatos desqualificando a forma como o suporte emocional é fornecido, com queixa de comportamentos inadequados de quem o oferece.
Suporte social instrumental	Disponível	Disponibilidade de pessoas que possam suprir as dificuldades operacionais que o paciente encontra ao lidar com a doença.

**Categoria: Contexto do tratamento quimioterápico**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Prejuízos físicos	Limitações físicas	Relato de limitações físicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer que impedem ou atrapalham a realização das atividades rotineiras.
	Melhora dos prejuízos inicialmente presentes	Relato de melhora ao longo da quimioterapia dos prejuízos físicos inicialmente presentes em função do câncer.
	Efeitos colaterais	Efeitos adversos, diferentes dos efeitos desejados, ocasionados pelo uso de medicação quimioterápica.
	Dor e mal-estar devido progressão da doença, confundidos com efeitos da quimioterapia	Sensações físicas desagradáveis desencadeadas pelo avanço da doença, porém percebidas e relatadas pelo paciente como efeitos colaterais da quimioterapia.
O período entre os ciclos de quimioterapia	Com prejuízos físicos	Relato de sensações físicas desagradáveis em função do tratamento, no período que separa uma sessão de quimioterapia da outra.
Progressão da doença em vigência de tratamento	Presente	Relato de progressão doença durante o período de quimioterapia em função de má resposta à medicação utilizada.

**Categoria: O impacto do câncer e da quimioterapia**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Mudanças positivas de comportamento em função da doença	Melhora no autocuidado	Aumento na frequência de comportamentos saudáveis visando melhora no bem-estar físico e emocional.
	Redefinição de prioridades	O câncer agindo como operação estabelecadora, aumentando o valor reforçador de determinados estímulos e reduzindo o de outros, tornando mais prováveis comportamentos reforçados pelos estímulos agora valorizados.
	Ampliação da rede de relacionamentos sociais	Mudança no padrão comportamental de interação social do paciente com a finalidade de aumentar a frequência e a qualidade de seus relacionamentos sociais.
Mudanças de comportamento dos familiares em função da doença	Aumento na união familiar	Mudanças no padrão de interação familiar provocada pela doença de um dos membros, por alterar o valor reforçador de um membro para o outro.
Medos desencadeados por ter câncer	De abandono do cônjuge	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela antecipação da probabilidade futura de ser abandonado pelo cônjuge em função do seu adoecimento.
	De dor	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela antecipação da probabilidade de ocorrer sensações dolorosas agudas e/ou crônicas em função do câncer e seus tratamentos.
	Ausência de medo	Relato de ausência de comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e de estados corporais, relacionados à emoção medo, frente a estímulos potencialmente aversivos.
Reações que sinalizam dificuldades emocionais do paciente	Nervosismo	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
	Tristeza	
	Angústia	
Reações adaptativas do paciente	Esperança	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas pelo fim de estímulos aversivos e/ou apresentação de reforçadores, caracterizando experiências de alegria, prazer, esperança, alívio.
Reações que sinalizam dificuldades emocionais dos familiares	Preocupação	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
Reações adaptativas dos familiares	Satisfação com o sucesso do tratamento	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas pelo fim de estímulos aversivos e/ou apresentação de reforçadores, caracterizando experiências de alegria, prazer, esperança, alívio.
	Esperança	
Prejuízos psicossociais	Aumento nos gastos	Relato de aumento nos gastos familiares em função da doença.
	Interrupção da atividade laborativa	Em função da cirurgia, relato de perda da capacidade para exercer as atividades financeiramente rentáveis anteriormente desempenhadas.
	Diminuição no interesse sexual	Modificação do valor reforçador dos estímulos sexuais levando a redução da frequência de comportamentos que aumentem a sua probabilidade e/ou aumentando a frequência de comportamentos de fuga e esquiva de contextos nos quais estes estímulos estejam presentes.
	Rejeição do cônjuge/ companheiro	Comportamentos de fuga e esquiva do cônjuge em relação a paciente após o diagnóstico de câncer e início da quimioterapia, modificando o padrão de interação afetiva e sexual com o paciente.
Recuperação psicossocial	Nova atividade laborativa, compatível com as limitações impostas pelo câncer e seus tratamentos.	Relato de engajamento em atividade financeiramente rentável compatível com as limitações impostas pelo câncer e seus tratamentos.
Prejuízos físicos	Seqüelas de tratamentos	Relato de prejuízos físicos irreversíveis causados pelos tratamentos de câncer.
Problemas concorrentes	Problema de saúde em familiares	Existência de familiares com problemas de saúde que estão sob o cuidado da paciente.
	Alcoolismo do cônjuge	Convivência com cônjuge alcoolista.



**Categoria: O impacto da progressão do câncer**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Medos desencadeados por ter câncer	Da morte	Comportamentos públicos e privados de fuga e/ou esquiva e estados corporais, relacionados à emoção medo, desencadeados pela percepção de risco de morte em função do câncer.
Reações que sinalizam dificuldades emocionais do paciente	Tristeza	Respostas emocionais públicas e/ou privadas produzidas por estímulos aversivos, no caso a presença de sintomas e prejuízos físicos, caracterizando uma experiência de medo, ansiedade e sofrimento emocional.
	Ansiedade	
	Insegurança	
Prejuízos psicossociais	Interrupção de planos para o período pós-tratamento	Relato de impossibilidade para colocar em prática o planejamento realizado para o período posterior ao fim da quimioterapia.
Prejuízos físicos	Dor	Relato de sensações dolorosas agudas e/ou crônicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer.
	Desconforto físico	Relatos de pequenas alterações na saúde e/ou de indisposições físicas relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer.
Organização do ambiente para o momento do óbito	Deixar o sepultamento pago	Relato de contratação de um plano de assistência funerária para não onerar os familiares no momento da sua morte.
	Rever familiares	Relato de plano para viajar à cidade natal e rever familiares quando houver liberação médica.

**Categoria: Relacionamento com a equipe**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Comunicação com a equipe	Anotação das dúvidas	Engajamento na proposta de anotação de dúvidas sobre a doença e os tratamentos entre as consultas para facilitar a comunicação com o médico e aumentar o aproveitamento da consulta.
	Esclarecimento de dúvidas	Relatar, durante as consultas, os sintomas e buscar o esclarecimento de suas dúvidas, participando mais ativamente do seu tratamento.
Dificuldade frente às mudanças de médico atendente	Presente	Relato de insatisfação com situações nas quais é necessário que o atendimento seja realizado por membro da equipe médica com quem ainda não tem vínculo estabelecido.

**Categoria: Estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o câncer e o tratamento quimioterápico**

Subcategoria	Caracterização	Definição
Foco no problema	Tentar ser mais forte e otimista	Comportamentos públicos e/ou privados de autocontrole mantidos pela possibilidade de obter reforçamento em longo prazo, seja este positivo (cura, sucesso com o tratamento) e/ou negativo (fim do mal-estar, fim dos tratamentos aversivos), contribuindo para a formulação de regras sobre como agir para lidar com as contingências aversivas atuais para ter acesso aos reforçadores desejados.
	Evitar que os sentimentos atrapalhem o dia a dia	Ausência de esquiva experiencial favorecendo a exposição às contingências atuais e aprendizagem de novos comportamentos
	Buscar informações	Comportamentos de leitura e/ou solicitação de informação a terceiros com a finalidade de buscar informações a respeito do câncer e seus tratamentos.
	Considerar que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela	Reavaliação positiva da situação atual, na qual esta passa a ser considerada uma oportunidade de aprendizagem e aprimoramento comportamental para lidar com situações futuras.
	Buscar diferentes soluções para o problema	Relatos de variabilidade comportamental para lidar com contingências aversivas visando sua resolução.
	Planejamento de etapas para lidar com a doença e tratamentos	Planejamento de passos necessários para mudar o ambiente e tornar mais provável a resolução dos problemas gerados pelo câncer e seus tratamentos.
Foco na emoção	Culpar-se	Estados corporais, nomeados como sentimento de culpa, desencadeados por contingências aversivas nas quais há punição dos comportamentos inadequados, levando o indivíduo a se responsabilizar pela punição recebida. Contextos de vida extremamente punitivos favorecem percepções distorcidas e os comportamentos não relacionados à contingência aversiva também são punidos e desencadeiam estados corporais semelhantes
	Procurar um culpado para a situação	Responsabilizar e relacionar pessoas ou determinadas situações às contingências aversivas presentes no seu contexto de vida atual.
	Demonstrar raiva para quem causa o problema	Utilizar ações e comportamentos verbais punitivos frente a estimulação aversiva provocada por outras pessoas
Busca de práticas religiosas	Apego à fé	Crença na existência de um Deus ou de proteção espiritual, socialmente aprendida e reforçada, que leva à expectativa de fim ou minimização da estimulação aversiva causada pelo câncer.
Busca de suporte social	Suporte emocional	Expressão verbal de dificuldades emocionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam oferecer suporte emocional
	Auxílio instrumental	Expressão verbal de dificuldades operacionais em relação ao câncer e seus tratamentos à pessoas que possam auxiliar na resolução destas.
Regulação emocional	Resignação	Sujeição paciente às situações aversivas, sem avaliação do contexto (escolhas e conseqüências).
	Oferecer suporte às pessoas com dificuldades	Praticar atividades assistenciais socialmente reforçadoras, visando à resolução ou minimização de problemas vivenciados com o câncer.
	Distração	Comportamentos públicos ou privados emitidos com a finalidade de redirecionar a atenção a estímulos não relacionados à doença e tratamentos.
	Prática de respiração diafragmática e meditação	Uso das técnicas respiração diafragmática e meditação para auxiliar no manejo dos estados corporais que compõem a ansiedade.
	Dificuldade para praticar o relaxamento muscular e a imaginação guiada	Relato de dificuldade para utilizar as técnicas de relaxamento muscular e de imaginação guiada em função da ausência de pessoas para lerem as instruções dessas técnicas.
Outros	Evitar pessoas e contextos negativos	Comportamentos de fuga e esquiva utilizados frente a possibilidade de estimulação aversiva.

**Categoria: Sobre a intervenção psicoeducacional oferecida**

<b>Subcategoria</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Definição</b>
Ganhos percebidos	Melhor enfrentamento	Relato de maior facilidade para lidar com os eventos aversivos e os estados corporais desencadeados pelo câncer e seus tratamentos.
	Assertividade ao lidar com a rede social	O paciente relata expressar de forma mais adequada sentimentos e pensamentos, de forma a atingir seus objetivos sem prejudicar as relações futuras com membros de sua rede de relacionamento social.
Propaganda a outros pacientes	Positiva	Relato do paciente sobre ter comunicado a outros pacientes sobre a existência e a importância do grupo para o tratamento oncológico, estimulando estes a buscar assistência psicológica.
Solicitação de continuidade no atendimento	Individual	Solicitação do paciente para ter acesso ao acompanhamento psicológico individual caso sinta necessidade ao longo do tratamento.

