



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas
Brasil

Rezende SOUZA, Juciléia; Ferreira de ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti
Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório
em oncologia

Estudos de Psicologia, vol. 27, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 187-196
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395358037011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia¹

Therapeutic effectiveness of a psychoeducational group intervention: an exploratory study in oncology

Juciléia Rezende **SOUZA**^{2,3}

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de **ARAÚJO**⁴

Resumo

Este estudo avaliou a eficácia de uma intervenção psicoeducacional em grupo destinada a promover habilidades adaptativas de enfrentamento, minimizar o *distress* e melhorar a qualidade de vida entre pacientes oncológicos em início de quimioterapia. Da intervenção, composta por seis encontros, participaram três mulheres, que foram avaliadas antes, logo após e três meses depois da participação, utilizando-se a Escala de Modos de Enfrentamento, o questionário WHOQOL-bref e a *Psychological Screening Tool for Cancer Patients*. Uma outra paciente, que não participou do grupo, teve seus resultados comparados aos das demais. Immediatamente após, houve melhora significativa para as integrantes do grupo: aumento de estratégias focalizadas no problema, busca de suporte social e qualidade de vida, bem como redução de ansiedade e depressão. A paciente que não participou da intervenção grupal obteve indicadores menos favoráveis. Nas reavaliações, os resultados se mantiveram, indicando que o grupo psicoeducacional atingiu seus objetivos terapêuticos.

Unitermos: Coping. Distress. Oncologia. Psicologia educacional. Qualidade de Vida.

Abstract

The following study evaluated the effectiveness of a psychoeducational group intervention designed to promote adaptive coping abilities, minimize distress and improve quality of life in oncology patients during the initial phase of chemotherapy. Three women made up the intervention group, organized into six weekly meetings and they were evaluated before, immediately following and three months after the intervention. The Ways of Coping Scale; WHOQOL-BREF and the Psychological Screening Tool for Cancer Patients were used as evaluation instruments. Another patient, who did not attend the group, had her results compared to the others. Immediately after the intervention, a significant improvement was observed in the group members: increase in problem-focused coping strategies, search for social support and quality of life, as well as a reduction in symptoms of anxiety and depression. The patient who did not participate in the intervention group obtained less favorable results. In the reevaluations, these results were maintained, indicating that the psychoeducational group intervention achieved its therapeutic goals.

Uniterms: Coping. Distress. Oncology. Educational Psychology. Quality of Life.

▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de J.R. SOUZA, intitulada “Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psicoeducacional aprendendo a enfrentar”. Universidade de Brasília, 2009.

² Hospital Universitário de Brasília, Serviço de Psicologia Oncológica. SGAN, Av. L2 Norte, Quadra 604/605, 70840-050, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.R. SOUZA. E-mails: <jujujcileia@gmail.com>; <araujotc@unb.br>.

³ Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Curso de Formação em Psicologia da Saúde Aplicada ao Hospital. Brasília, DF, Brasil.

⁴ Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano. Brasília, DF, Brasil.

O diagnóstico de câncer força uma reestruturação das expectativas e da vida diária. Podem ocorrer mudanças físicas e nos relacionamentos interpessoais, assim como na percepção que o indivíduo tem de si mesmo. O paciente passa a experimentar o medo da dor, da mutilação corporal, do futuro e da morte e seu equilíbrio psicológico passa a ser ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Ridder & Schreurs, 2001; Todd, Roberts & Black, 2002).

A maioria dos pacientes se adaptará gradualmente a essa situação de crise, enquanto outros apresentarão dificuldades para se ajustar. A adaptação ou ajuste psicossocial ao câncer é um processo no qual cada pessoa procura manejar seus sofrimentos, solucionar problemas específicos e obter algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença. A adaptação eficiente ocorre quando, por meio de seus pensamentos e comportamentos, os pacientes conseguem reduzir ao mínimo os transtornos de funcionamento em suas vidas, regulam o sofrimento emocional e continuam participando das atividades que julgam importantes (National Cancer Institute, 2008; Stanton, Revenson & Tennen, 2007).

Para o alcance dessas metas pessoais, a literatura especializada recomenda intervenções psicossociais que desenvolvam: (a) atitudes e crenças individuais quanto à capacidade de mudar aspectos desfavoráveis; (b) estratégias para lidar com as limitações funcionais; (c) habilidades para estabelecer e manter uma rede de suporte social satisfatória; (d) percepções positivas, ressignificação de pensamentos negativos e focalização em habilidades remanescentes, objetivos realistas e planos para o futuro (Livneh, 2000). Em outras palavras, tais intervenções psicossociais buscam aprimorar o enfrentamento, diminuir o *distress* e assegurar a Qualidade de Vida (QV) entre pacientes oncológicos.

Enfrentamento

Segundo Cerqueira, 2000, enfrentamento corresponde ao conjunto de "esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para manejar (enfrentar) exigências extremas e/ou externas específicas, que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo" (p.281). As estratégias de enfrentamento

podem ser consideradas efetivas quando amenizam sensações desconfortáveis e sentimentos desagradáveis associados a ameaças ou a perdas. São avaliadas como disfuncionais quando são pouco efetivas, ou insuficientes, para garantir a qualidade de vida, o bem-estar físico, emocional e social, ou quando acabam por comprometer o equilíbrio psiconeuroendocrinológico dos pacientes (Peçanha, 2008). Para o modelo transacional de enfrentamento, uma estratégia não é melhor ou pior do que outra, pois para julgar é preciso analisar o contexto em que se encontra o indivíduo (Gimenes, 1997).

Nesse sentido, em uma revisão da literatura sobre ajustamento psicológico às doenças crônicas, Stanton et al. (2007) enfatizam que: (a) o uso de estratégias de evitação está associado a níveis de *distress* elevados e prediz dificuldades de ajustamento a longo prazo, na maioria dos estudos; mas, em outros, é estimado como eficaz, o que aponta necessidade de melhor avaliação de sua funcionalidade no contexto das exigências da doença; (b) minimizar a ameaça pode ser útil para reduzir o *distress* nas fases críticas da enfermidade; (c) estratégias focalizadas no problema 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, mostram-se úteis para promover a adaptação; (f) a combinação de estratégias de evitação com a baixa disponibilidade de suporte social constitui fator de risco para *distress*.

Distress

Lipp (2004) define *stress* como um conjunto de reações do organismo, de ordem física e/ou psicológica, que ocorre diante de situações que de alguma forma provoquem irritação, medo, excitação ou mesmo uma imensa felicidade, produzindo uma quebra da homeostase interna do indivíduo, que é forçado a enfrentar situações que ultrapassam suas habilidades de enfrentamento. Nesse sentido, a função das respostas de enfrentamento é a adaptação do indivíduo à nova situação, gerada pelo estímulo desafiador. Quando a capacidade de atender às exigências do momento é

falha ou insuficiente, ocorrem sintomas de estresse. Então, a resistência aos desafios é influenciada pelas estratégias de enfrentamento, disponíveis no repertório comportamental do indivíduo, e pelas exigências da situação.

De acordo com Sparrenberger, Santos e Lima (2003), *distress* é a incapacidade do indivíduo para superar a vivência de experiências estressantes, levando ao desgaste e/ou à ruptura do bem-estar individual. Por ser mais aceitável e menos estigmatizante do que outras expressões - e por poder ser medido através de autorrelatos - o termo *distress* vem sendo largamente utilizado em oncologia. De fato, as diretrizes propostas pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para o manejo do *distress* especificam que se trata de 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. Cabe esclarecer que as respostas que caracterizam o *distress* se estendem ao longo de um contínuo, indo das "normalmente" desencadeadas pela necessidade de enfrentar o câncer e seus tratamentos, até sintomas incapacitantes e intensos que alcançam critérios para desordem psicológica, causando graves problemas sociais e/ou familiares (National Comprehensive Cancer Network, 2008).

Qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera Qualidade de Vida (QV) 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" (Fleck, 2008, p.25). De modo geral, a avaliação da QV difere das tradicionais medidas de prejuízos causados por doenças, pois incorpora um maior número de dimensões, além de incluir a perspectiva do paciente e não somente aquela elaborada pelos profissionais de saúde. Assim, os diversos instrumentos de avaliação existentes visam fornecer informações sobre o impacto físico e psicossocial das enfermidades e a adaptação do indivíduo ao longo das diferentes fases do tratamento, permitindo que a equipe de saúde identifique os aspectos que devem receber mais atenção (Cella, 1998; Franzi & Silva, 2003; Terol et al., 2000).

Muitos fatores psicológicos são reconhecidos como mediadores da qualidade de vida e importantes indicadores para a formulação de intervenções: aspectos físicos, autoimagem anterior à doença, percepção da rede de suporte social, adaptação à doença, lócus de controle e estratégias de enfrentamento (Costa Neto & Araujo, 2008; Gaviria et al., 2007). No caso de pacientes com câncer, alguns estudos evidenciam que uma pior QV nas fases iniciais e a presença de mais sintomas depressivos associam-se a um pior prognóstico para o enfrentamento da experiência oncológica (Gouveia Sobrinho, Carvalho & Franzi, 2001). Em uma pesquisa brasileira envolvendo 190 pacientes, constatou-se perda da QV na fase diagnóstica. Mais especificamente, as dimensões psicológica (22,6%), relações familiares e sociais (16,6%), sintomas (19,8%), e QV global (23,4%) revelaram forte impacto, e as estratégias de enfrentamento variaram antes e depois do tratamento cirúrgico (Costa Neto & Araujo, 2005).

Intervenções psicoeducacionais em oncologia

Intervenções psicossociais são definidas como intervenções não farmacológicas, caracterizadas pelo estabelecimento de focos de atenção bastante heterogêneos e que propõem uma combinação de técnicas utilizadas individualmente ou em grupo, em uma ou múltiplas sessões semanais (National Cancer Institute, 2008).

Dentre as intervenções que têm obtido resultados no auxílio aos pacientes oncológicos, destacam-se as intervenções psicoeducacionais, as quais costumam incluir técnicas cognitivo-comportamentais, comportamentais, treino em habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em relaxamento, uso de material educativo, manejo de sintomas, suporte emocional, informação/educação em saúde e intervenção suportivo-expressiva (Baum & Andersen, 2001; National Cancer Institute, 2008).

De acordo com a literatura especializada, as intervenções psicoeducacionais podem ajudar o paciente: (a) aumentando seu conhecimento sobre a doença e seus tratamentos; (b) facilitando sua adesão e satisfação com o tratamento; (c) favorecendo habilidades de enfrentamento adaptativas e melhorando a QV; (d) minimizando o *distress*, ansiedade, sentimento de isola-

mento e outros sintomas; (e) incrementando a percepção de autoeficácia; (f) ampliando a sobrevida e limitando as possibilidades de recidiva (Baum & Andersen 2001; Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer & Schwartz, 1986; Greer et al., 1992; C. F. Telch & M. L. Telch, 1986; Trask, Paterson, Griffith, Riba & Schwartz, 2003).

Considerando, portanto, o interesse clínico e científico da temática para a área, realizou-se um estudo exploratório visando avaliar a eficácia de um programa de intervenção em grupo psicoeducacional para promover estratégias de enfrentamento adaptativas, minimizar o *distress* e melhorar a QV de pacientes em início de quimioterapia.

Método

Participantes

Foram identificados 22 pacientes com primeira consulta agendada no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que iniciariam tratamento quimioterápico por ocasião da proposta de intervenção. Desses, 14 não se enquadravam nos critérios de inclusão (idade entre 18 e 65 anos; sem tratamento quimioterápico ou radioterápico anterior; conhecedores do seu diagnóstico; com disponibilidade para vir uma vez por semana ao HUB por seis semanas). Assim, oito pacientes foram convidados a participar da intervenção, mas um paciente se recusou e outra paciente não pode aceitar, pois compareceria apenas para o tratamento médico, já que residia em cidade distante do hospital. No total, seis pacientes aceitaram participar da intervenção, porém houve duas desistências e um óbito.

Dessa forma, participaram efetivamente do estudo quatro mulheres com idade entre 51 e 60 anos: três pacientes integraram o grupo de intervenção (S1, S2 e S3) e uma paciente foi apenas avaliada (S4-C). Para essa última, foi disponibilizado atendimento psicológico individual nos dias da quimioterapia, caracterizado por intervenções breves e focais. As pacientes tinham diagnóstico de câncer de etiologia e estádios diferentes.

Instrumentos

- Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP): adotou-se a versão autoaplicável do instrumento inicialmente proposto por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e

Becker em 1985, adaptado para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e cuja análise fatorial foi realizada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001).

- Questionário WHOQOL-bref: validado para a população brasileira por Fleck (2008) para avaliação da qualidade de vida.

- *Psychological Screening Tool for Cancer Patients* (PSCAN): realizou-se a tradução e adaptação para o português do instrumento desenvolvido por Linden, Yi, Barroetavena, MacKenzie e Doll (2005) com o objetivo de avaliar *distress* entre os pacientes do presente estudo. O instrumento possui 21 itens, divididos em seis domínios: suporte social total, suporte social desejado, QV percebida, QV em dias, ansiedade e depressão.

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (protocolo nº 147/07) e foi organizado em três fases principais:

- Fase 1 - Linha de Base (LB): em atendimento individual, após esclarecimentos sobre o estudo, apresentação do cronograma de intervenção e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicaram-se os três instrumentos às quatro participantes.

- Fase 2 - intervenção em grupo: fundamentada no referencial teórico-metodológico da Psicologia da Saúde e da Análise Clínica do Comportamento. Denominada "Aprendendo a Enfrentar", abrangeu seis encontros semanais, com aproximadamente duas horas de duração e utilização de técnicas específicas para desenvolvimento do tema proposto em cada um (Quadro 1). Os seis encontros foram conduzidos em um ambiente acrítico, no qual as participantes eram constantemente estimuladas a trocar experiências e expressar suas emoções. Apesar de organizadas em torno de temas específicos, todas as sessões tiveram as seguintes metas de atendimento: (a) reduzir dificuldades relacionadas ao diagnóstico e à quimioterapia, principalmente em relação ao manejo dos efeitos colaterais do tratamento, favorecendo a recuperação após a aplicação de cada ciclo quimioterápico (ex: treino em solução de problemas); (b) auxiliar na tolerância ou adaptação ao contexto de doença e tratamento (ex: treino no manejo de estresse); (c) assegurar a manutenção do equilíbrio emo-

cional (ex: autoconhecimento e autocontrole); (d) desenvolver habilidades de comunicação para aprimoramento dos relacionamentos na rede de suporte social.

Após a intervenção, todas as participantes foram reavaliadas.

- Fase 3 - *follow up*: reavaliação executada três meses após a segunda avaliação.

Os dados foram analisados com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 16.0). Tanto as mudanças nos escores obtidos ao longo do estudo

quanto o seu nível de significância foram calculados por meio do *Wilcoxon Signed Ranks Test*. As associações entre as variáveis estudadas foram analisadas a partir da correlação bivariada de Pearson.

Resultados

De acordo com os dados obtidos, verificou-se necessidade de intervenção para melhorar a QV e reduzir o nível de *distress*, medido a partir dos escores de

Quadro 1. Descrição dos encontros.

Sessão	Tema	Técnica
1	Compreendendo o câncer e seus tratamentos	Dinâmicas de apresentação e integração/Educação em saúde: palestra ministrada pelo médico residente/Discussão entre pares/Reestruturação cognitiva/Treino em relaxamento: visualização e respiração diafragmática
2	Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos - I	Educação em saúde: palestra ministrada pela pesquisadora/Auto-observação e automonitoramento/Discussão entre pares/Reestruturação cognitiva/Tarefa de casa: diário de emoções e comportamentos/Treino em relaxamento muscular progressivo
3	Reações emocionais e comportamentais ao câncer e seus tratamentos - II	Auto-observação e automonitoramento/Discussão entre pares/Reestruturação cognitiva/Revisão da tarefa de casa: diário de emoções e comportamentos/Treino em habilidades de enfrentamento e resolução de problemas/Treino em relaxamento: visualização e respiração diafragmática
4	Comunicando preocupações e sentimentos	Discussão entre pares: levantamento de dificuldades/Reestruturação cognitiva/Treino em habilidades de enfrentamento/Treino em habilidades de comunicação/ Ensaio comportamental-role playing/Apresentação de imagens: sistema imunológico atacando uma célula de câncer/Treino em relaxamento: imaginação guiada
5	Manejando problemas emocionais e físicos - I	Discussão entre pares: revisão dos encontros anteriores/Reestruturação cognitiva/Intervenção suportivo-expressiva/Treino em relaxamento: imaginação guiada
6	Manejando problemas emocionais e físicos - II	Educação em saúde: palestra ministrada pela pesquisadora/Treino em habilidades de enfrentamento e resolução de problemas/Dinâmica para trabalhar o encerramento/Treino em relaxamento: imaginação guiada

Tabela 1. Escores por participante na linha de base. Brasília (DF), 2008.

Linha de base	Padrão	S1	S2	S3	S4-C
Enfrentamento focalizado no problema	>3,09	2,89 ¹	3,39	3,39	3,22
Enfrentamento focalizado na emoção	<2,86	2,47	1,27	2,73 ¹	1,87
Busca de suporte social	>2,95	3,20	3,20	3,40	3,00
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	>2,64	2,86	3,71	4,43	3,57
Qualidade de vida - domínio físico	>3,35	3,29 ¹	3,29 ¹	3,00 ¹	2,86 ¹
Qualidade de vida - domínio psicológico	>3,63	3,00 ¹	3,17 ¹	3,00 ¹	3,17 ¹
Qualidade de vida - relações sociais	>3,83	3,00 ¹	4,00	3,33 ¹	3,33 ¹
Qualidade de vida - meio ambiente	>3,35	2,75 ¹	2,75 ¹	2,62 ¹	3,13 ¹
Qualidade de vida - geral	-	3,00	3,15	2,92	3,07
Ansiedade	<1,60	2,40 ¹	1,80 ¹	3,20 ¹	1,60
Depressão	<1,60	3,00 ¹	2,00 ¹	1,80 ¹	2,20 ¹

¹necessidade de intervenção.

ansiedade e depressão do PSCAN. Porém, não se constataram dificuldades de enfrentamento pela avaliação com a EMEP (Tabela 1).

Imediatamente após a intervenção, houve melhora significativa nos escores das participantes do grupo psicoeducacional, enquanto S4-C se manteve com as mesmas necessidades identificadas na LB (Tabela 2).

Os resultados indicam manutenção dos benefícios da intervenção. Dentre as integrantes do grupo psicoeducacional, apenas S1 ainda mostrou alguma necessidade de acompanhamento psicológico. Entretanto, essa paciente foi reavaliada por ocasião do comunicado de progressão da doença em vigência de quimioterapia. As demais pacientes (S2, S3 e S4-C) já haviam terminado a quimioterapia e aguardavam as consultas de reavaliação. É importante salientar que, no

follow-up, S4-C teve aumento significativo do escore para ansiedade - ao contrário das outras pacientes que reduziram seus escores - como também foi a paciente que mais utilizou estratégias focalizadas na emoção nessa fase (Tabela 3).

Visando aprofundar a compreensão dos resultados obtidos, nas três diferentes fases do estudo, durante a avaliação das quatro participantes, realizou-se a análise da correlação entre as variáveis estudadas (Tabela 4).

É possível, então, atestar que, nas fases 1 e 3, o uso de estratégias focalizadas no problema correlacionou-se negativamente com os escores para depressão. Na fase 1, o uso de estratégias focalizadas nas emoções correlacionou-se negativamente com a QV geral. Já na fase 2, o uso dessas estratégias correlacionou-se negativamente com o domínio físico da QV e positivamente com os escores de depressão, assim

Tabela 2. Escores por participante, durante a fase 2, e nível de significância em relação à linha de base. Brasília (DF), 2008.

Fase 2	Padrão	S1	S2	S3	S4-C
Enfrentamento focalizado no problema	>3,09	4,11**	3,56	3,89*	3,11
Enfrentamento focalizado na emoção	<2,86	2,53	1,33	1,33**	2,07
Busca de suporte social	>2,95	4,60*	3,00	4,00*	3,60
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	>2,64	4,29*	3,57	3,29*	3,43
Qualidade de vida - domínio físico	>3,35	4,14*	3,00 ¹	3,41 ¹	3,57
Qualidade de vida - domínio psicológico	>3,63	3,33 ¹	3,67*	3,50 ¹	3,17 ¹
Qualidade de vida - relações sociais	>3,83	3,33 ¹	3,67	4,67*	3,00 ¹
Qualidade de vida - meio ambiente	>3,35	3,63*	3,38*	3,12*	3,13 ¹
Qualidade de vida - geral	-	3,62**	3,31**	3,42**	3,26
Ansiedade	<1,60	2,40 ¹	1,40	2,00 ¹	1,60
Depressão	<1,60	2,40 ¹	1,60	1,60	2,20 ¹

¹ Necessidade de intervenção; *p<0,05; **p<0,01.

Tabela 3. Escores por participante, durante a fase 3, e nível de significância em relação à linha de base, Brasília, (DF), 2008.

Fase 3	Padrão	S1	S2	S3	S4-C
Enfrentamento focalizado no problema	>3,09	3,78**	3,67**	4,00*	3,33
Enfrentamento focalizado na emoção	<2,86	2,07	1,40	1,53**	2,40
Busca de suporte social	>2,95	4,80*	4,00	3,80	3,40
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	>2,64	3,14	3,57	3,29*	3,86
Qualidade de vida - domínio físico	>3,35	4,14*	3,00 ¹	3,29 ¹	3,14 ¹
Qualidade de vida - domínio psicológico	>3,63	3,50 ¹	3,83*	3,67*	3,33 ¹
Qualidade de vida - relações sociais	>3,83	3,67 ¹	4,33	4,67*	4,00
Qualidade de vida - meio ambiente	>3,35	3,38	3,75**	3,50**	3,38
Qualidade de vida - geral	-	3,65**	3,62**	3,58**	3,44
Ansiedade	<1,60	2,00 ¹	1,20*	1,60*	2,20 ^{1*}
Depressão	<1,60	1,40*	1,40*	1,20	2,00 ¹

¹ Necessidade de intervenção; *p<0,05; **p<0,01.

Tabela 4. Coeficientes de correlações entre as variáveis estudadas (n=4). Brasília (DF), 2008.

Fase	Variáveis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1. FP	<i>p</i>	1										
	2.FE	<i>p</i>	-0,336	1									
	3. BPR/PF	<i>p</i>	0,889	0,132	1								
	4. BSS	<i>p</i>	0,289	0,541	0,543	1							
	5. QV - físico	<i>p</i>	-0,322	-0,216	-0,474	0,271	1						
	6. QV - psicológico	<i>p</i>	0,408	-0,912	0	-0,707	-0,197	1					
	7. QV - relações sociais	<i>p</i>	0,749	-0,817	0,382	0	0,213	0,688	1				
	8. QV - ambiente	<i>p</i>	-0,136	-0,383	-0,299	-0,943	-0,576	0,667	-0,076	1			
	9. QV - geral	<i>p</i>	0,183	-0,987*	-0,286	-0,623	0,266	0,889	0,723	0,435	1		
	10. Ansiedade	<i>p</i>	0,066	0,839	0,463	0,909	0,017	-0,884	-0,387	-0,776	-0,893	1	
	11. Depressão	<i>p</i>	-0,986*	0,203	-0,942	-0,310	0,451	-0,329	-0,630	0,110	-0,48	-0,150	1
2	1. FP	<i>p</i>	1										
	2.FE	<i>p</i>	0,164	1									
	3. BPR/PF	<i>p</i>	0,575	0,782	1								
	4. BSS	<i>p</i>	0,587	0,677	0,510	1							
	5. QV - físico	<i>p</i>	0,331	-0,983*	0,820	0,783	1						
	6. QV - psicológico	<i>p</i>	0,324	-0,749	-0,173	-0,557	-0,689	1					
	7. QV - relações sociais	<i>p</i>	0,471	-0,699	-0,449	0,035	-0,560	0,599	1				
	8. QV - ambiente	<i>p</i>	0,621	0,557	0,950*	0,285	0,601	0,132	-0,324	1			
	9. QV - geral	<i>p</i>	0,914	0,549	0,795	0,792	0,686	-0,048	0,124	0,735	1		
	10. Ansiedade	<i>p</i>	0,806	0,608	0,653	0,948	0,742	-0,297	0,137	0,506	0,942	1	
	11. Depressão	<i>p</i>	0,041	0,992**	0,702	0,635	0,956*	-0,818	-0,750	0,461	0,444	0,529	1
2	1. FP	<i>p</i>	1										
	2.FE	<i>p</i>	-0,661	1									
	3. BPR/PF	<i>p</i>	-0,933	0,349	1								
	4. BSS	<i>p</i>	0,693	-0,004	-0,843	1							
	5. QV - físico	<i>p</i>	0,478	0,328	-0,743	0,924	1						
	6. QV - psicológico	<i>p</i>	-0,887	0,240	0,990*	-0,908	-0,826	1					
	7. QV - relações sociais	<i>p</i>	0,207	-0,721	0,056	-0,560	-0,680	0,198	1				
	8. QV - ambiente	<i>p</i>	0,257	-0,844	0,097	-0,225	-0,581	0,173	0,540	1			
	9. QV - geral	<i>p</i>	0,673	-0,226	-0,699	0,909	0,699	-0,756	-0,491	0,155	1		
	10. Ansiedade	<i>p</i>	-0,496	0,962*	0,153	0,088	0,450	0,058	-0,641	-0,958*	-0,225	1	
	11. Depressão	<i>p</i>	-0,966*	0,812	0,825	-0,483	-0,241	0,745	-0,449	-0,414	-0,503	0,651	1

*p<0,05; **p<0,01; as correlações significativas foram destacadas em negrito; QV: qualidade de vida; FP: foco no problema; FE: foco na emoção; BPR/PF: busca de prática religiosa/pensamento fantasioso; BSS: busca de suporte social.

como a busca de práticas religiosas correlacionou-se positivamente com o domínio meio ambiente da QV, e o domínio físico correlacionou-se positivamente com os escores para depressão. Na fase 3, o foco na emoção correlacionou-se positivamente com os escores para ansiedade, e a busca de práticas religiosas com o domínio psicológico da avaliação de QV. Já a ansiedade correlacionou-se negativamente com o domínio meio ambiente da avaliação de QV.

Discussão

Inicialmente, os resultados obtidos com a EMEP, na LB, levaram ao questionamento sobre o interesse

em se promoverem estratégias de enfrentamento por meio do grupo psicoeducacional, conforme recomenda a literatura especializada (Baum & Andersen, 2001; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Ridder & Schreurs, 2001; Trask et al., 2003).

Contudo, como os dados acerca do *distress* e da QV corroboraram estudos anteriores (Caponero & Lage, 2008; Graviria et al., 2007; Iconomou, Koutras, Iconomou & Kalofonos, 2004; Pasquini & Biondi, 2007; Zainal, Hui, Hang & Bustam, 2007), deu-se prosseguimento à proposta de intervenção “Aprendendo a Enfrentar”.

Após a intervenção, as estratégias focalizadas no problema mostraram melhora significativa e, a exemplo do estudo feito por Stanton et al. (2007), esti-

veram associadas a indicadores de bom ajustamento. Tal constatação reforça o interesse em se propor programas semelhantes para promover resultados mais adaptativos por parte dos pacientes oncológicos.

É relevante lembrar que estratégias focalizadas na emoção avaliadas pela EMEP vinculam-se a uma pior adaptação do paciente, e não à regulação emocional, pois seus itens envolvem autoculpa, culpabilização de outros, emoções negativas, esquiva e pensamento fantasioso (Cerdeira, 2000; Stanton et al., 2007; Trask et al., 2003). Portanto, quanto maior o escore, maior a necessidade de intervenção. Durante este estudo, apenas as participantes da intervenção mantiveram ou mostraram queda dessas estratégias, o que sugere que o grupo psicoeducacional foi eficaz para o controle de estratégias negativas focalizadas na emoção.

Também houve melhora significativa para duas participantes da intervenção quanto à busca de suporte social. É preciso ponderar, entretanto, que, na linha de base, não se verificou necessidade de intervenção nessa esfera para nenhuma das pacientes. Segundo Terol et al. (2000), essa estratégia pode ajudar na resolução de problemas, redefinição do evento estressor, prover distração, como também pode fornecer meios para expressar ou aliviar as emoções.

Especificamente em relação à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, é relevante ressaltar a variedade de resultados: aumento significativo para S1, que apresentava o menor escore nessa estratégia na LB; mas queda significativa para S3, que apresentava o maior escore na linha de base. Já S4-C obteve escore maior do que as demais pacientes. A busca de práticas religiosas ou pensamento fantasioso também teve correlação positiva com os domínios psicológico (fase 2) e meio ambiente (fase 3) da avaliação de qualidade de vida, o que confirma sua natureza adaptativa de enfrentamento. Uma vez mais, confirmaram-se investigações relatadas na literatura que incentivam estratégias de regulação emocional e a religiosidade/espiritualidade (Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006; Peçanha, 2008; Stanton et al., 2007).

Quanto ao domínio físico avaliado pelo WHOQOL-bref, todas as pacientes iniciaram o estudo com escores abaixo do padrão, denotando prejuízos físicos decorrentes da doença. Apenas S1 teve significativa melhora nesse domínio, o que pode ser melhor

compreendido em função da quimioterapia mais tardia, início do controle de sintomas e menor incidência de efeitos colaterais.

O domínio físico correlacionou-se positivamente com os escores para depressão. Porém, era esperado que a piora na condição física aumentasse os escores de depressão, por ser considerada forte preditora de má adaptação (Terol et al., 2000). Tal resultado pode sinalizar que as pacientes que participaram do grupo reavaliaram positivamente alguns aspectos da sua vida após a doença e mostraram significativa melhora em seus escores para depressão, o que não ocorreu com S4-C (Tabela 4).

Quanto ao domínio psicológico, na LB, todas as participantes indicaram necessidade de intervenção. Após a participação no grupo, verificou-se melhora nos escores das pacientes: para S2 e S3, os dados foram significativos. Já S4-C mostrou estabilidade em seus escores e manteve a necessidade de intervenção.

Na fase de *follow-up*, S1, S2 e S3 revelaram melhora significativa na QV geral, enquanto S4-C apresentou uma melhora não significativa. Como QV geral mostrou-se correlacionada negativamente com foco na emoção, pode-se cogitar que inibir esse tipo de estratégia contribuiu para melhorar a QV das participantes, resultado também destacado pela literatura (Graviria et al., 2007; Jim et al., 2006; Stanton et al., 2007).

Para avaliar o nível de *distress*, foram consideradas as variáveis ansiedade e depressão. As pacientes S2 e S3 tiveram significativa redução da ansiedade na fase 3; S1 manteve os mesmos escores e S4-C apresentou aumento significativo. Hipkins, Whitworth, Tarrier e Jayson (2004) informaram que, após a quimioterapia, o escore para ansiedade aumentou em 47% dos pacientes da investigação relatada. Terol et al. (2000) também identificaram que o impacto emocional e os escores para depressão e ansiedade são mais elevados nos últimos ciclos do tratamento quimioterápico.

Como anteriormente salientado, houve correlação positiva entre ansiedade e uso de estratégias focalizadas na emoção, indicando que pode haver relação entre a diminuição no uso dessas estratégias e a melhora nos escores para ansiedade.

Na fase de *follow-up*, todas as participantes da intervenção reduziram seus escores de depressão.

Apenas S4-C, apesar da leve redução, ainda manteve o escore acima do limite indicado. Retomando que a variável depressão foi negativamente associada ao foco no problema, pode-se considerar que a promoção de estratégias focalizadas no problema durante a intervenção psicoeducacional propiciou a redução dos escores para depressão.

Considerações Finais

Os resultados obtidos sugerem que a intervenção "Aprendendo a Enfrentar" foi eficaz para: promover estratégias de enfrentamento adaptativas (foco no problema e busca de suporte social), diminuir o uso de estratégias focalizadas na emoção, reduzir nível de distress e melhorar a QV das participantes.

Sugerem-se trabalhos semelhantes com amostras mais extensas visando maior generalização desse estudo de natureza exploratória. Para aprofundamento das constatações feitas a respeito dos benefícios do grupo psicoeducacional, recomendam-se investigações comparativas junto a pacientes com diferentes neoplasias e submetidos a tratamentos radioterápico, cirúrgico e/ou imunoterápico. Também é indispensável melhor averiguar as técnicas aqui propostas e seus eventuais ajustes a condições específicas de atendimento.

Referências

- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.
- 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.
- Caponero, R., & Lage, L. M. (2008). Quimioterapia. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp.155-167). São Paulo: Summus.
- Cella, D. (1998). Quality of life. In J. C. Holland (Org.), *Psycho-oncology* (pp.1135-1146). New York: Oxford University Press.
- Cerdeira, A. T. A. R. (2000). O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? In R. R. Kerbawy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp.279-289). Santo André: Esetec.
- 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. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp.195-208). São Paulo: Summus.
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnosticada. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 53-72.
- Fleck, M. P. A. (Org.). (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- 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 en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *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 mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp.173-195). São Paulo: Editorial Psy.
- 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*, 4 (15), 10-18.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., et al. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *British Medical Journal*, 304 (6828), 675-680.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. Retrieved April 2, 2007, from <http://www.hqlo.com/content/3/1/54>
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2004). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas*. Campinas: Papirus.
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, 66. Retrieved August 12, 2005, from <http://findarticles.com/>

National Cancer Institute. (2008). *PDQ supportive and palliative care editorial board*. Retrieved January 4, 2009, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page1>

National Comprehensive Cancer Network (2008). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress management (version 1) [Computer software]. Retrieved June 5, 2008, from 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.

Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3. Retrieved February 13, 2007, from <http://www.cpmeh.org/content/3/1/2>

Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp.209-217). São Paulo: Summus.

Ridder, D. D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21 (2), 205-240.

Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zanon, C. M. L. (2001). Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.

Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do *distress psicológico*: estudo transversal de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 434-439.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.

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., et al. (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 (4), 271-279.

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.

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.

Recebido em: 10/3/2009

Versão final reapresentada em: 8/2/2010

Aprovado em: 19/2/2010