

Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo

**Teresa McIntyre, Susana Fernandes
& Maria da Graça Pereira**

Introdução

A literatura dos últimos 30 anos tem vindo a demonstrar que o diagnóstico e tratamento do cancro podem ter efeitos negativos na qualidade de vida dos doentes, com consequências adversas a nível psicológico, físico, cognitivo, interpessoal e laboral (ANDERSEN, ANDERSEN & DEPROSSÉ, 1989; ROYAK-SCHALER, STANTON & DANOFF-BURG, 1997). Embora muitos doentes com cancro lidem com sucesso com a situação oncológica, estima-se que pelo menos 25% dos doentes oncológicos e suas famílias precisam de suporte psicossocial (MASSIE, HOLLAND & STRAKER, 1990). As intervenções psicossociais para pacientes com cancro têm vindo a proliferar rapidamente, e têm por objectivo geral melhorar o ajustamento psicossocial à doença, quer na fase de diagnóstico do cancro, quer durante o tratamento (EDGAR et al., 1992). Os seus efeitos benéficos, tais como melhorias nos estados afectivos, comportamentos de *coping*, qualidade de vida e controlo da dor, têm sido aceites, tanto pela comunidade leiga como pela classe médica, na Europa e na América. MEYER e MARK (1995), numa meta-análise de 45 estudos sobre uma variedade de intervenções psicossociais dirigidas a doentes oncológicos, confirmam este leque variado de benefícios.

Em Portugal, o apoio psicossocial ao doente oncológico é ainda uma raridade, uma vez que a perspectiva terapêutica é essencialmente biomédica (MCINTYRE, 1994). No entanto, com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde em Portugal nos últimos 10 anos, a atenção aos factores psicossociais na doença oncológica, assim como o interesse na aplicação e prova de eficácia deste tipo de intervenções estão a emergir.

Este capítulo tem por objectivo fazer uma revisão sumária da literatura relativa às intervenções psicossociais de grupo de carácter breve para pacientes com cancro, salientando os seus componentes principais. Neste capítulo, define-se como breve toda a intervenção com menos de 8 sessões de grupo. As

vantagens da intervenção de grupo para doentes oncológicos tem sido vastamente comprovada (FAWZY & FAWZY, 1994; SPIEGEL, BLOOM & YALOM, 1981; SPIEGEL, BLOOM, KRAEMER & GOTTHEL, 1989), não só em termos de melhoria do bem-estar do doente mas também em termos de mudanças fisiológicas e taxas de sobrevivência. Pretende-se, sobretudo, apresentar os trabalhos feitos pela equipa de Psicologia da Saúde da Universidade do Minho nos últimos 6 anos, em termos da elaboração de programas de intervenção breve para doentes oncológicos, assim como os resultados preliminares da avaliação de eficácia de um programa breve para doentes com cancro da mama. O enfoque na intervenção de grupo de carácter breve tem a ver, por um lado, com as características socioeconómicas e culturais da população oncológica Portuguesa que utiliza o Serviço Nacional de Saúde, isto é, uma população com baixo nível educacional e socioeconómico, e com dificuldades de acesso aos serviços de oncologia para poderem aderir a uma intervenção de carácter prolongado (MCINTYRE & SILVA, 1999). Por outro lado, devido à sobrecarga para o doente das próprias consequências físicas da doença e seu tratamento, com visitas frequentes ao hospital, com a intervenção de carácter breve pretende-se produzir efeitos terapêuticos com o mínimo de custo para o paciente e sua família.

Intervenções psicossociais de grupo para doentes oncológicos

As terapias de grupo dirigidas a doentes oncológicos têm tido carácter multimodal, incluindo componentes de educação para a saúde, gestão do stress, facilitação de competências de *coping*, relações familiares, discussão de questões existenciais, no contexto do suporte do grupo. Passaremos a descrever alguns destes programas de uma forma sumária incluindo, sempre que possível, a avaliação da sua eficácia.

Intervenções de cariz cognitivo-comportamental

Desde a suspeita e diagnóstico de cancro, são visíveis as consequências cognitivas desta experiência, quer em termos de exigências que são colocadas ao paciente relativamente a decisões acerca do tratamento, quer em termos de desafios que são postos às crenças de base da pessoa em termos da controlabilidade, previsibilidade e invulnerabilidade no seu percurso de vida. Estes desafios cognitivos, se não forem bem geridos, são preditivos de um ajustamento negativo à doença e tratamento (FALLOWFIELD, 1990). As intervenções de grupo de carácter comportamental dirigem-se particularmente às cognições disfuncionais e aos comportamentos que daí advêm, procurando

potenciar estratégias adaptadas de *coping*. Apresentam-se, de seguida, dois exemplos deste tipo de intervenção de grupo.

KIDMAN e EDELMAN (1997) realizaram uma intervenção de grupo de carácter cognitivo-comportamental com grupos de 10 ou 12 mulheres com cancro da mama, num total de 12 sessões. Nas primeiras quatro sessões foram explicados aos participantes os princípios da terapia cognitivo-comportamental e os conceitos de discurso interno e monitorização dos pensamentos, tendo os participantes aprendido a identificar e *disputar algumas das crenças subjacentes aos seus discursos internos negativos* relativamente à situação de doença oncológica. Foram dados alguns exemplos de pensamentos irracionais («Eu nunca mais vou poder fazer nada», «se não conseguem curar o cancro não vale a pena eu continuar a tentar», «não me foi deixado nada que me permitia olhar em frente») e algumas mulheres foram convidadas a sugerir frases que disputassem estas crenças (ex. «eu não posso fazer algumas das coisas que costumava fazer, mas ainda existem muitas coisas que eu posso fazer»). Os exercícios para realizar em casa incentivavam a prática na disputa de crenças desadaptadas. Nas sessões cinco a sete, o foco foi a *resolução de problemas e o desenvolvimento de competências de comunicação*. Com o objetivo de promover o aumento do sentido de controlo, foram-lhes ensinadas técnicas para uma comunicação eficaz e encorajada a assertividade no seu relacionamento com os outros, incluindo os profissionais de saúde, familiares, amigos e conhecidos. Como tarefa de casa, os sujeitos eram convidados a questionar-se acerca de algumas áreas da sua vida onde podiam ter mais controlo e a estabelecer objetivos para as mudanças que gostariam de efetuar. Na oitava sessão, o foco foi especificamente *as relações familiares*, lidando com algumas questões e problemas que surgem em famílias dos doentes com cancro da mama, sendo a nona sessão a «noite da família», em que os esposos e outros significativos são convidados a participar e a comunicar abertamente questões de preocupação. As últimas três sessões foram realizadas mensalmente, com o objetivo de reforçar as competências e estratégias que foram ensinadas no programa, e para lidar com novas questões que poderiam surgir, no sentido da prevenção da recaída. Embora não tenhamos tido acesso a dados de eficácia deste programa, os componentes principais deste programa, aspectos cognitivos, aumento do sentido de controlo, resolução de problemas e facilitação de competências interpessoais, são aspectos fundamentais de uma intervenção com este tipo de doentes (ROYAK-SCHALLER, STANTON & DANOFF-BURG, 1997).

TEICH e TEICH (1986) conduziram um estudo com 41 doentes, com vários tipos de cancro (36% dos doentes tinham cancro da mama), tendo em consideração a localização do cancro, o estágio e a duração do tratamento. A intervenção foi realizada em grupo durante seis sessões, com uma duração de 90 minutos. Nas componentes da intervenção foram enfatizados a aquisição e o

treino cognitivo, comportamental e afectivo de estratégias de *coping*, utilizando as tarefas inter-sessões. Para além disso, foram estabelecidos como objectivos a automonitorização, o treino comportamental, o *role-play* e o *feedback*. As competências de *coping* focaram-se no relaxamento e gestão do *stress*; comunicação e assertividade; resolução de problemas; gestão de emoções e planeamento de actividades agradáveis. Os participantes do grupo de controlo receberam terapia de suporte (grupo), destinada à expressão emocional, ou nenhum tipo de intervenção psicológica.

Os resultados de avaliação de eficácia indicam reduções significativas nos distúrbios de humor, no grupo experimental no pós-teste, isto é, seis semanas após a conclusão do grupo. Em contraste, no grupo de controlo, em que não houve qualquer tipo de intervenção, foi revelada uma certa deterioração; não se registando alterações no grupo de terapia de suporte. O grupo experimental também revelou menos problemas relacionados com a doença (cancro) no pós-teste, em comparação com os dois grupos de controlo. Os resultados basearam-se nos inventários preenchidos pelos participantes no estudo e foram corroborados por entrevistas standardizadas.

Intervenções psicológicas de suporte psicossocial

O potencial dos contactos sociais desde há muito que é reconhecido e estimulou a multiplicação dos *grupos de auto-ajuda* (CELLA, SARAHIAN, SINDET, YELLEN & WINICOUR, 1993). Normalmente, a ênfase nesses programas é no diálogo com pares e a partilha de informação, no contexto de um grupo que providencia aos seus membros encorajamento e suporte mútuo nas dificuldades induzidas pela doença (DEVINS & BINIK, 1996). No que diz respeito ao aumento da auto-estima e percepção do suporte social, segundo os mesmos autores, os participantes nos grupos de auto-ajuda notam que os outros membros podem ser muito úteis através da modelagem de estratégias de *coping* eficazes e a apresentação de soluções em resposta aos problemas relacionados com a doença. Podem acumular-se alguns efeitos negativos, quando são demonstrados comportamentos de saúde desapropriados, ou quando os outros elementos do grupo apresentam exacerbações ou recaídas às quais a própria pessoa pode ser susceptível. Existem algumas evidências de que o contacto social continuado pode produzir uma vantagem significativa em termos de sobrevivência para sujeitos afectados por várias condições, tal como o cancro da mama (SPEIGEL, BLOOM, KRAEMER & GOTHELL, 1989).

Os trabalhos mais conhecidos de intervenção de grupo com cariz «supportive-expressive» foram conduzidos por SPEIGEL e seus colaboradores, SPEIGEL e col. (1981) desenvolveram uma intervenção com 58 mulheres com cancro da mama com metástases. As sessões tinham a duração de 90 minutos,

em encontros semanais durante um ano. Esta intervenção privilegiava o suporte, incluindo uma elevada coesão e uma confrontação limitada, auto-revelação e partilha de preocupações comuns; discussões acerca da morte, problemas familiares; dificuldades com o tratamento médico; comunicação com os médicos e «viver o mais ricamente possível face a uma doença terminal». Os resultados revelaram que o grupo experimental obteve reduções significativas nos distúrbios de humor durante os 12 meses que durou o tratamento, comparando com um grupo de controlo que não foi sujeito a *intervenção*. O grupo experimental usou menos métodos desajustados para lidar com o *stress*, do que o grupo de controlo.

Em 1989, SPEIGEL e colaboradores conduziram igualmente um estudo sobre a intervenção para doentes com cancro da mama metastático. As doentes do grupo experimental encontraram-se semanalmente num grupo de suporte psicológico, durante um ano. Após 12 meses, o grupo experimental revelou níveis de tensão significativamente menores, menos fadiga, menor confusão e mais vigor, do que as doentes do grupo de controlo. Elas também revelaram níveis menores de depressão, menos respostas de *coping* desajustadas e menos fobias. Num estudo de *follow-up*, após 10 anos, constatou-se que, do grupo original de 86, apenas 3 doentes se encontravam vivas, tendo sido recolhidos dados relativos à morte das restantes 83. O tempo de sobrevivência era significativamente diferente, com uma média de 36,3 meses para o grupo experimental comparado com 18,9 meses para o grupo de controlo. Níveis de distúrbio emocional baixos e níveis elevados de vigor no «*Profile Mood States*» (POMS) no final da intervenção estavam significativamente associados a uma maior longevidade. Embora os mecanismos causais associados à sobrevivência estejam por esclarecer, os autores sugerem o suporte social, a adesão terapêutica, os comportamentos de saúde, e o funcionamento neuroendócrino e imunológico como variáveis mediadoras deste efeito.

SPEIGEL e BLOOM (1983) conduziram um estudo semelhante ao de SPEIGEL e colaboradores (1981), com 54 mulheres com cancro da mama metastático, apenas com a excepção de que um grupo utilizou exercícios de auto-hipnose com o objectivo de alterar a experiência de dor, enquanto o outro grupo recebeu apenas a terapia de suporte descrita anteriormente. Os resultados indicam que o grupo que realizou a auto-hipnose, teve reduções significativas da dor em comparação com o grupo de controlo que apenas recebeu a terapia de suporte sem hipnose. A redução da dor encontrava-se significativamente correlacionada com a redução dos distúrbios de humor.

TAYLOR e colaboradores (1985), citado por DEVINS e BINIK (1996), dirigiram um estudo com 667 doentes de cancro, na Califórnia, que haviam participado (n=400) ou que não haviam participado (n=267) num grupo de suporte. Os sujeitos tinham participado numa variedade de grupos, incluindo «*Make Today Count*», «*We Can Do*», «*I Can Cope*», «*American Cancer Society*

Support Group», «*Mastectomy Recovery Plus*», «*Wellness Community*», entre outros. Os resultados indicaram que as pessoas que participaram nos grupos de suporte contavam mais com outros significativos (família, amigos, profissionais de saúde) para suporte social, do que os que não frequentaram os grupos de suporte. Os participantes dos grupos de suporte referiam mais experiências negativas relacionadas com o tratamento do cancro, do que os não participantes. Os participantes descreviam, mais frequentemente, os profissionais de saúde como «frios» e insensíveis, do que os não participantes. No entanto, os grupos não diferiam na sua satisfação com os cuidados de saúde. Os participantes nos grupos de suporte estavam ligeiramente menos deprimidos que os outros e não se registaram outras diferenças significativas ao nível dos distúrbios de humor.

De uma maneira geral, a terapia de suporte psicossocial parece gerar melhoras significativas no humor, no *coping* e a nível funcional e físico. Mas não são claros os benefícios em termos de mortalidade ou prolongamento do tempo de vida.

Intervenções psicológicas para a educação do doente

Este tipo de intervenção procura promover informação para facilitar a adaptação e compreensão acerca dos aspectos médicos da doença e do processo em que o doente se encontra. A sua ênfase é no controlo da informação bem como providenciar informação suficiente ao doente para que este possa responder de forma eficiente às alterações impostas pela doença, bem como às exigências resultantes desta (DEVINS & BINIK, 1996). As intervenções mais tradicionais da educação do doente salientavam, quase exclusivamente, o facilitar de informação acerca das causas, curso e progressão de uma determinada doença; nutrição; medicamentos e tratamentos, incluindo os seus efeitos secundários; instalações de saúde; pessoal para cuidados de saúde; questões financeiras e serviços sociais disponíveis.

Alguns exemplos deste tipo de ajuda são os programas apoiados pela *American Cancer Society*, como o programa *I Can Cope*, uma série de sessões educativas para doentes e profissionais com a duração de 8 semanas, e o *Look Good...Feel Better*, que ajuda os doentes a adaptarem-se às mudanças físicas associadas ao tratamento (ROYAK-SCHALER, STANTON & DANOFF-BURG, 1997). Um corpo crescente de evidências sustenta o valor da educação do paciente como forma de facilitar a adaptação à doença. A experiência começa a testar a asserção de que fornecer informação relacionada com a doença e com o *coping* pode ter benefícios a nível psicossocial. Intervenções simples, como por exemplo uma carta introdutória para os novos pacientes, revelou facilitar as avaliações dos pacientes relativamente ao seu potencial para influenciar o processo de recu-

peração (JOHNSTON, GILBERT, PATRIDGE & COLLINS, 1992). Também têm sido realizadas investigações com intervenções educacionais mais extensas. Contudo, os resultados têm sido inconsistentes. Alguns estudos revelaram melhoras significativas no que se refere à expectativa de um bom prognóstico, aumento do *locus* de controlo interno e redução da intrusão da doença. No entanto, outros estudos falham na replicação destes resultados (DEVINS & BINIK, 1996).

Nesta linha de investigação, JACOBS, ROSS, WALKER e STOCKDALE (1983) realizaram um estudo com doentes que se encontravam a realizar quimioterapia para a doença de *Hodgkin's*. Este estudo foi composto por duas intervenções diferentes: No estudo 1, o grupo experimental recebeu um folheto com informação acerca da sua doença, o diagnóstico, tratamento, problemas relacionados com o tratamento e prognóstico; no estudo 2, o grupo experimental consistia num grupo de suporte e participou em 8 sessões de 90 minutos conduzidas por um profissional de saúde. Os resultados revelaram que, no estudo 1, o grupo demonstrou melhoras nos conhecimentos relacionados com o cancro, ansiedade e redução de problemas relacionados com o tratamento. Registaram-se, ainda, melhoras ao nível da depressão e ruptura com a vida, comparativamente ao grupo de controlo. Não foram encontradas melhoras significativas ao nível dos problemas interpessoais, hábitos pessoais, actividade, satisfação com a vida, ou competência pessoal. No estudo 2, tanto o grupo de suporte como o grupo de controlo demonstraram melhoras significativas na depressão, nos problemas interpessoais, ansiedade, hábitos pessoais, e nos problemas relacionados com o tratamento. Não foram encontradas alterações significativas na satisfação com a vida, competência pessoal, competência social ou actividade.

Num outro estudo, realizado por PRUITT e col. (1993), com doentes recentemente diagnosticados com cancro, optou-se por uma intervenção psicoeducacional de três sessões individuais. O conteúdo da intervenção incluía informação factual acerca do cancro e da radioterapia, acerca de preocupações comuns e estratégias de *coping* e, ainda, acerca da comunicação com a equipa de saúde. O grupo sujeito a esta intervenção demonstrou uma redução significativa ao nível da depressão, não sendo encontradas outras diferenças significativas a nível psicossocial.

A revisão destes estudos parece providenciar algum suporte para a eficácia das intervenções educacionais para aumentar o conhecimento do doente acerca da sua doença, tratamento, e dos procedimentos que podem ser tomados para responder às alterações provocadas pela doença. No entanto, o impacto da educação do paciente na implementação de estratégias de *coping* eficazes, não é claro. Estes estudos sofrem de algumas limitações conceptuais e metodológicas. Teoricamente, a hipótese fundamental de que o aumento da informação facilita o *coping* eficaz, não foi suficientemente especificada de modo a permitir aos investigadores deduzirem quais os mecanismos que podem estar envolvidos. Metodologicamente, a maioria dos estudos falharam na implementação de

medidas psicométricas comprovadas relacionadas com o conhecimento acerca da doença, expectativas relativamente ao tratamento, ou prognóstico.

Como resultado desta situação, começaram a surgir intervenções de carácter multimodal, em que a educação do doentes constitui uma das várias componentes da intervenção requeridas para ajudar os indivíduos a lidarem mais eficazmente com a sua condição (DEVINS & BINIK, 1996).

Intervenções psicológicas multimodais

Nos anos mais recentes, uma diversidade de investigadores inovadores, têm experimentado incorporar componentes efectivos de psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental, aumento do suporte social, e educação do doente, acondicionadas numa intervenção multimodal.

O trabalho dos SIMONTON e SIMONTON (1975) é bem conhecido por aplicar factores e intervenções psicossociais como parte de uma abordagem holística dos doentes com cancro, melhorando a sua qualidade de vida, embora as suas intervenções sejam de carácter mais prolongado e mais difíceis de implementar. Os componentes principais dos seus programas são os seguintes: *relaxamento*, com o objectivo de reduzir a tensão muscular e consequentemente diminuir a dor; *imagens mentais positivas*, em que os doentes são encorajados a centrar a sua atenção em coisas positivas (com o objectivo de desenvolver a crença na capacidade de recuperar, diminuindo a dor, a tensão e o medo); e *Facilitação do Bem-estar* do doente recorrendo a programas de exercício e outras mudanças do estilo de vida. Estes autores utilizaram este tipo de abordagem em 152 doentes com cancro, durante dezoito meses, e concluíram que esta intervenção predizia uma boa resposta ao tratamento e uma redução dos efeitos secundários do mesmo, afectando em alguns casos a longevidade.

WORDEN e WEISMAN (1984) realizaram uma intervenção de carácter breve com 117 doentes de cancro, recentemente diagnosticados e com várias tipos de cancro. Estes doentes foram identificados como estando em risco elevado de stress psicológico, através de instrumentos de despiste. Realizaram-se quatro sessões, em que as componentes psicoterapêuticas foram: educação acerca da doença, resolução de problemas e relaxamento progressivo. Após a intervenção, encontraram-se níveis menores de stress psicológico e negação no grupo experimental quando comparado com o grupo que não foi sujeito a tratamento psicológico. Ambos os grupos referiram tipos e números semelhantes de problemas relacionados com o cancro, mas o grupo terapêutico conseguiu arranjar soluções mais eficazes para os problemas relacionados com o cancro. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que refere aos sentimentos de impotência. Os benefícios psicossociais mantiveram-se após 18 semanas de *follow-up*, o que aponta para a utilidade de intervenções breves.

Com o objectivo de reduzir as dificuldades psicossociais de pessoas com cancro, CAN e colaboradores (1986) procuraram comparar os benefícios de um modelo temático de aconselhamento utilizado num grupo de suporte e aconselhamento individual, em mulheres recentemente diagnosticadas com cancro ginecológico. Este modelo incluiu oito sessões que combinaram educação e aconselhamento. As sessões providenciaram informação acerca do cancro: dieta; comunicação com a família, amigos e profissionais de saúde; partilha de sentimentos acerca do impacto da doença e do tratamento na imagem corporal, sexualidade e reacções de culpa. A intervenção de componente comportamental incluiu o treino de relaxamento progressivo e encorajamento do desenvolvimento de objectivos a curto e a longo prazo. Os resultados mostraram que tanto os sujeitos que foram submetidos a intervenção individual como aqueles que participaram na intervenção de grupo, demonstraram um aumento dos conhecimentos relacionados com a doença e atitudes mais positivas perante os profissionais de saúde, comparativamente ao grupo de controlo. Após o tratamento, registaram-se ainda reduções significativas ao nível da ansiedade e preocupações com a saúde em ambos os grupos de intervenção. Os sujeitos destes dois grupos continuaram a demonstrar reduções significativas ao nível do *stress* num *follow-up* passado 6 meses, comparativamente ao grupo de controlo. Contudo, os benefícios observados nos grupos experimentais, no momento de *follow-up*, estenderam-se a novos domínios, incluindo o funcionamento no trabalho, nas tarefas domésticas, nas relações sexuais e em actividades de lazer. Importa salientar que o estatuto psicossocial destas mulheres foi avaliado antes das sessões de aconselhamento, logo após o aconselhamento e passados seis meses.

Um esforço particular tem sido desenvolvido por FAWZY e colaboradores. (FAWZY et al., 1990; FAWZY & FAWZY, 1994) que combinam componentes da educação do doente, treino de resolução de problemas, gestão do *stress*, relacionamento e suporte social, em programas de intervenção breve, em grupo, para doentes com cancro.

FAWZY e col. (1990) combinaram as várias componentes referidas anteriormente num programa de intervenção breve com a duração de seis semanas dirigido a 66 doentes com melanoma. O grupo experimental demonstrou mais vigor que o grupo de controlo, não sendo registado mais nenhum benefício psicossocial imediatamente após a intervenção. No entanto, medidas de *follow-up* revelaram grandes diferenças entre os grupos. O grupo experimental demonstrou mais vigor e níveis mais baixos de depressão, fadiga, confusão e distúrbios de humor. Este grupo revelou, ainda, uma maior utilização de estratégias de *coping* activo, após a intervenção e no *follow-up*.

Na continuação deste tipo de estudo, FAWZY e FAWZY (1994) conduziram uma investigação em grupo com pacientes recentemente diagnosticados com melanoma maligno, e que haviam sido sujeitos a tratamento cirúrgico. Os sujeitos foram divididos entre o grupo experimental (n=38) e de controlo (n=28), sendo que os primeiros recebiam os cuidados médicos de rotina e a intervenção

psico-educacional e os segundos apenas a intervenção médica de rotina. Os efeitos positivos desta intervenção revelaram-se nos seguintes aspectos: níveis mais baixos de *stress* emocional no grupo experimental, surgindo mais acentuados num *follow up* após seis meses; níveis significativamente mais baixos de depressão, ansiedade, fadiga e níveis mais elevados de vigor; e estratégias comportamentais de *coping* mais activas. Verificaram-se, ainda, alterações a longo prazo nos parâmetros imunológicos (aumento das células NK), assim como melhores taxas de sobrevivência 6 anos após a intervenção em comparação com o grupo de controlo (FAWZY et al., 1993).

A revisão dos estudos apresentados anteriormente justifica um optimismo considerável acerca do futuro dos esforços psicológicos na área da saúde. A pesquisa e a prática produziram várias estratégias e técnicas promissoras com eficácia clínica demonstrada. Contudo, existem alguns aspectos deste tipo de investigação que merecem um olhar mais atento.

Um dos aspectos importantes no campo da intervenção psicossocial no cancro é a descrição e documentação dos mecanismos envolvidos nos estudos efectuados. Poucos investigadores publicam artigos clínicos em que discutem aspectos da intervenção e raramente o conteúdo de cada sessão terapêutica aparece documentado. A especificação das bases teóricas ou dos mecanismos inerentes às intervenções facilita a clarificação dos pormenores dos estudos mais complexos, detalhando as condições necessárias à sua replicação.

Os mecanismos através dos quais as intervenções psicológicas podem afectar os resultados ao nível da saúde têm sido hipotetizados através da ligação entre os estados psicológicos e o sistema imunológico através do sistema nervoso e do sistema endócrino. As defesas do corpo contra o cancro parecem ter uma componente imunológica significativa. De facto, o *stress* e a depressão que muitos doentes experimentam durante a sua doença podem suprimir o sistema imunológico. O amortecimento dos factores psicológicos negativos pode aumentar mecanismos imunológicos cruciais ou, pelo menos, atenuar os efeitos adversos do *stress* e depressão (FAWZY & FAWZY, 1994). No entanto, até à data, têm aparecido na literatura poucos estudos que providenciasssem intervenção psicológica para doentes com cancro e que testassem alguns parâmetros imunológicos como resultado dessa intervenção.

Programas de intervenção em grupo desenvolvidos na Universidade do Minho

Os programas de intervenção em grupo na área da doença oncológica desenvolvidos na Universidade do Minho, com vista à implementação em serviços de oncologia, têm-se dirigido a pacientes com patologia oncológica diversificada, ou têm-se centrado numa patologia específica. Os programas abordam as

questões psicossociais que acompanham as fases da doença oncológica, ou centram-se especificamente na adaptação à doença, muitas vezes em populações específicas, como é o caso de mulheres mastectomizadas que realizaram ou ainda se encontram a receber tratamentos de quimioterapia. Todos os programas têm um cariz multidisciplinar, envolvendo a participação do médico ou enfermeiro oncológicos, embora a coordenação do mesmo esteja a cargo de um psicólogo.

No caso dos programas dirigidos a pacientes com patologia oncológica diversificada, os programas são apresentados sob a forma de módulos (PEREIRA & MATOS, 1999), ou em sessões (PEREIRA, OLIVEIRA & LOBO, 1998). O *programa por módulos* tem um formato e uma duração mais flexíveis e adaptados às necessidades do grupo em questão, seguindo sempre as três fases da doença. O primeiro módulo é composto por intervenções dirigidas à 1.ª fase da doença oncológica (até ao diagnóstico), o 2.º módulo refere-se às intervenções durante a fase do diagnóstico ao tratamento e, finalmente, o 3.º módulo refere-se ao 3.º estágio, ou seja, do tratamento em diante. O número de sessões é variável e estabelecido em termos do funcionamento do grupo. No *programa por sessões*, os conteúdos foram distribuídos por seis sessões de 90 minutos dirigidas a doentes a receberem tratamento de quimioterapia.

Duma forma geral, a intervenção psicológica em grupo, para qualquer um dos programas referidos, tem como meta ajudar o doente a alcançar os seguintes objectivos (SELIGMAN, 1996):

- 1) Tomar consciência dos seus medos e sentimentos sobre a doença, o tratamento e acerca do futuro, expressando-os de uma forma positiva;
- 2) Diminuir os níveis de depressão, ansiedade e *stress*;
- 3) Desenvolver competências para lidar com o *stress* e compreender à importância de combatê-lo;
- 4) Ter um sentimento de optimismo e de que tem poder sobre a doença — espírito de luta;
- 5) Adquirir uma sensação de controlo e de auto-eficácia;
- 6) Adquirir competências de comunicação e assertividade;
- 7) Recuperar ou estabelecer relações familiares ou interpessoais positivas;
- 8) Desenvolver ou recorrer a sistemas de suporte, incluindo o terapeuta;
- 9) Adquirir informação acerca da doença e das opções de tratamento;
- 10) Tomar decisões acerca do tratamento e de outras questões;
- 11) Reduzir os efeitos secundários do tratamento;
- 12) Manter o auto-conceito e auto-estima durante o curso da doença e tratamento;
- 13) Lidar com questões espirituais ou existenciais relacionadas com o cancro;
- 14) Desenvolver um estilo de vida saudável e gratificante;
- 15) Lidar eficazmente com os medos de recorrência da doença e morte.

Programas para patologia oncológica diversificada

Programa estruturado em módulos: Programa de intervenção psicológica de grupo nas diferentes fases da doença oncológica

Neste programa a intervenção psicológica centra-se em oito dimensões que são abordadas de formas diferentes nos diferentes estádios da doença:

- Adesão ao tratamento
- Dor
- Morbilidade psicológica
- Efeitos secundários do tratamento
- Stress
- Suporte social
- Crenças em relação à doença
- Relação profissional de saúde-doente

O quadro 1 apresenta, para os 3 módulos, uma listagem dos respectivos conteúdos temáticos.

Conteúdos temáticos	
1.º estádio até ao diagnóstico	Integrar as experiências passadas Explorar o impacto do diagnóstico Fornecer suporte Reduzir o stress e a ansiedade Desenvolver um espírito de luta
2.º estádio do diagnóstico ao tratamento	Informar sobre a doença e o tratamento Promover a adesão ao tratamento Promover a resolução de problemas Facilitar a adaptação à doença Reduzir a depressão e ansiedade Lidar com os efeitos secundários do tratamento Lidar com a dor Facilitar o suporte social
1.º estádio do tratamento em diante	Facilitar mudanças de estilo de vida Prevenir a recaída Promover o ajustamento emocional Revelação da verdade Suporte ao doente terminal

Quadro 1. Programa de intervenção psicológica de grupos nas diferentes fases da doença

Este tipo de programa tem a vantagem de permitir ajustar-se à fase em que o doente oncológico se encontra, dirigindo-se às necessidades e tarefas específicas desse doente, ao contrário dos programas estruturados em pacotes de sessões.

Programa estruturado por sessões: Programa breve de intervenção psicológica de grupo para doentes em quimioterapia

Este programa está estruturado em seis sessões de 90 minutos e é destinado a doentes que estão a receber tratamento de quimioterapia. A sua duração mais breve e estrutura mais rígida prende-se com as limitações do próprio doente em termos de disponibilidade física e psicológica para este tipo de intervenção, e as dificuldades de adesão do doente a programas mais prolongados devido a problemas físicos e económicos na deslocação ao hospital. O quadro 2 apresenta as dimensões da intervenção psicológica ao longo das diferentes sessões.

Sessões	Intervenção psicológica
1.ª sessão	Partilha de experiências acerca da quimioterapia Informação sobre o tratamento Coping com o tratamento
2.ª sessão	Expressão de sentimentos Perdas reais e/ou percebidas
3.ª sessão	Comunicação doente – profissional de saúde
4.ª sessão	Promoção da auto-estima Facilitação do suporte social
5.ª sessão	Medos actuais e futuros Imunoterapia
6.ª sessão	Adaptação à doença Estilo de vida saudável Reestabelecimento do projecto de vida

Quadro 2. Programa breve de intervenção psicológica de grupo para doentes em quimioterapia

Programas para populações específicas

Programa breve de intervenção de grupo para mulheres mastectomizadas

O programa para mulheres mastectomizadas tem como objectivo fornecer suporte ao longo do percurso da doença nos diferentes estádios: pré-diagnóstico, diagnóstico, mastectomia e tratamento (KEITEL & KOPALA, 2000). Trata-se dum programa de intervenção breve, estruturado em 4 sessões. O Quadro 3 apresenta as dimensões da intervenção psicológica para cada uma das sessões.

Sessões	Intervenção psicológica
1.ª sessão	Partilha de experiências Minimizar níveis de ansiedade e depressão Explorar as crenças acerca da doença
2.ª sessão	Promover a adesão ao tratamento Imunoterapia Perdas reais e percebidas
3.ª sessão	Imagem corporal Competências de <i>coping</i> Relacionamento conjugal e/ou interpessoal
4.ª sessão	Manutenção das competências Promoção dum estilo de vida saudável

Quadro 3. Programa breve de intervenção psicológica de grupo para mulheres mastectomizadas (Pereira & Marques, 2001)

Os três programas atrás descritos estão em fase de implementação, não existindo ainda dados empíricos de eficácia dos mesmos junto da população oncológica portuguesa. No entanto, os componentes destes programas e a metodologia utilizada foi informada pela literatura existente neste domínio que tem demonstrado a pertinência teórica e clínica da intervenção psicológica de grupo junto dos doentes oncológicos. O quarto programa apresentado foi objecto de um estudo piloto de eficácia numa amostra Portuguesa, pelo que será apresentado em pormenor.

Programa de intervenção psicológica breve para mulheres portuguesas com cancro da mama

Este programa teve por base uma abordagem biopsicossocial do cancro da mama, em que a doente é vista como um todo, nas suas múltiplas dimensões (biológica, psicológica e sociocultural), as quais se repercutem no fenómeno doença. Partiu-se da concepção da doença oncológica como um acontecimento de vida que provoca *stress* intenso, o que torna imperativo a necessidade de intervir ao nível de variáveis socio-psicológicas, como por exemplo, os mecanismos de *coping* em contexto hospitalar e familiar. À semelhança daquilo que tem sido realizado nos anos mais recentes por diversos investigadores (FAWZY & FAWZY, 1994), procurou-se incorporar vários componentes considerados eficazes, tais como o aumento do suporte social, a educação do doente sobre a doença e factores de estilo de vida, a gestão do *stress*, e a comunicação e gestão emocional, acondicionadas numa intervenção multimodal de carácter breve (4 sessões) com periodicidade semanal (McIntyre & Fernandes, 1998). Assim, os objectivos principais desta intervenção são: facilitar o ajustamento à doença, educar a doente sobre a doença e factores de estilo de vida, reduzir o *stress* inerente ao facto de ter um cancro da mama e capacitar a doente a lidar com as tarefas que a doença lhe impõe (*coping*).

A intervenção comporta um componente mais geral e introdutório, salientando a importância de abordar e tratar da pessoa na sua totalidade (modelo biopsicossocial). De seguida abordam-se temas relacionados com a *educação para a saúde*, onde se apresentam linhas orientadoras acerca da nutrição, bem como a importância da realização de uma actividade física regular. A doente também tem oportunidade de perguntar ao profissional de enfermagem questões sobre a sua doença e ou tratamento. A facilitação do suporte social está inerente ao longo desta intervenção e é iniciada nesta parte introdutória.

A componente de *gestão do stress* inclui uma explicação acerca do que é o *stress* bem como uma avaliação deste através da identificação das suas fontes e das respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais de cada uma das participantes face ao *stress* agudo e crónico associado à situação de doença oncológica (i.e. visitas médicas, tratamentos, preocupações sobre a doença e seu prognóstico, relação com os profissionais de saúde e familiares, etc.). Segue-se uma secção acerca da gestão de *stress*, constituída por várias subcategorias: eliminação ou modificação das fontes de *stress* através da resolução de problemas, alteração da atitude ou percepção perante o *stressor* e a alteração da reacção física negativa, através da utilização de algumas técnicas de relaxamento.

A componente de *competências de coping* envolve a integração das técnicas de resolução de problemas com a informação prestada acerca do *coping*

(métodos de comportamento activo, de pensamento activo e de evitamento/ fuga) e a sua aplicação a situações específicas relacionadas com a doença oncológica. Na sessão são identificados vários cenários de *coping* positivos e negativos, e ensaiados cenários de *coping* positivos.

Para finalizar, a componente acerca da *comunicação e gestão emocional*, tem por finalidade promover a aquisição de competências para uma comunicação eficaz, dado que a instrução neste tipo de competências gera um maior sentido de controlo. A par disto, encoraja-se a assertividade no relacionamento das doentes com outros, incluindo os profissionais de saúde, família e amigos. As competências aprendidas em termos de *coping*, comunicação e gestão emocional visam promover o aumento da auto-estima, a facilitação da comunicação, e o aumento geral de auto-eficácia, revelando-se de grande importância para a diminuição da depressão e ansiedade.

Estudo de eficácia

O objectivo principal deste estudo foi a avaliação da eficácia do programa de intervenção psicológica breve em mulheres portuguesas com cancro da mama. Para este efeito utilizaram-se duas condições: situação de controlo (mulheres a realizar quimioterapia, sem intervenção psicológica) e um grupo experimental (não aleatório, com intervenção psicológica), utilizando-se medidas de pré e pós-teste em ambos os grupos. Pretendeu-se avaliar a eficácia do programa, no que refere à adaptação psicossocial à doença, incluindo aspectos como o *coping*, o ajustamento, a ansiedade e a depressão.

O programa foi testado em 15 mulheres com cancro da mama (idade média de 46 anos), utentes de dois hospitais do Norte do País, em comparação com 25 pacientes de controlo (idade média de 48 anos). As mulheres seleccionadas estavam a realizar quimioterapia em regime ambulatorio pela primeira vez, com o máximo de quatro sessões de quimioterapia até à primeira avaliação. Procurava-se, assim, uma amostra o mais homogénea possível antes da intervenção. No grupo experimental, 87% das mulheres conhecia o seu diagnóstico e, em todas as mulheres, a duração da doença era até 6 meses. Encontraram-se taxas de depressão clínica no pré-teste de 74% para o grupo experimental e de 56% para o de controlo.

Os resultados encontrados para o grupo experimental demonstraram alterações significativas entre os momentos de pré e pós intervenção no sentido esperado para a depressão, ansiedade traço, estratégias de *coping* de aceitação, desinvestimento mental, e orientação para os serviços de saúde (Ver Quadro 4). Deste modo, no segundo momento de avaliação observaram-se níveis mais baixos de depressão avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck; também se verificaram níveis mais baixos de ansiedade traço, avaliada pelo

SIAT. Estes resultados parecem ir ao encontro dos resultados atrás mencionados atrás, referentes a FAWZY e FAWZY (1994) e a TELCH e TELCH (1986).

Os resultados do questionário COPE, de CARVER, SCHEIER e WEINTRAUB (1989), revelaram uma maior utilização após a intervenção das estratégias de *coping* aceitação e desinvestimento mental. Assim, após a intervenção, as pacientes recorreram mais a estratégias de *coping* como o aceitar que a doença aconteceu e que é real, e o não investir em alguns objectivos com os quais a doença possa estar a interferir, através do uso da distração. Uma possível explicação para estes resultados é o facto de que as mulheres, nesta fase da sua doença, têm pouco controlo sobre o seu tratamento e, desta forma, pode ser adequada a utilização destas estratégias de aceitação e distração. A corroborar estes dados encontra-se um estudo realizado por COWLEY, HEYMAN, STANTON e MILLNER (2000), em que os autores concluíram que as mulheres com cancro da mama, na fase de tratamento (quimioterapia), procuram conduzir as suas vidas da forma mais normal possível, implementando estratégias como a distração e o humor. É provável que estas estratégias sejam mais ou menos utilizadas em diferentes fases da doença, visto que a maioria dos doentes utiliza formas múltiplas de *coping* e os seus processos de *coping* são alterados através do tempo (HILTON, 1989). Por outro lado, é possível que, nesta fase, ao aceitar a doença, as mulheres sintam menos necessidade de utilizar respostas de confronto. No programa, procurou-se focar as estratégias de *coping* cognitivo-comportamental, que envolveram a resolução de problemas, a expressão emocional, e o controlo pessoal.

No que refere ao ajustamento psicossocial à doença (PAIS-SR), encontraram-se resultados significativos entre os momentos pré e pós-intervenção para as dimensões de orientação para os serviços de saúde e o ambiente vocacional. Na orientação para os serviços de saúde registou-se uma melhoria no momento de pós intervenção, ou seja, as mulheres parecem usufruir de um melhor ajustamento quanto à sua atitude face à doença, a qualidade da informação recebida e ao nível das expectativas acerca da doença e do seu tratamento.

Segundo COCKBURN (1997), a revisão de alguns estudos relacionados com a necessidade de informação de doentes com cancro sugere que estas pessoas desejam estar adequadamente informadas acerca dos aspectos da sua doença e tratamento, embora muitas destas necessidades não pareçam ser consideradas nos sistemas que providenciam os cuidados de saúde, especialmente na realidade Portuguesa. Efectivamente, DURÁ e IBÁÑEZ (1991) constataram que a congruência da informação e o tipo de informação têm um influência importante no ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama. O facto de o programa ter um provedor de educação para a saúde pode ter contribuído para este resultado positivo.

Quanto ao contexto vocacional, parece existir um agravamento do ajustamento do momento de pré para o momento de pós intervenção. Assim, as

Variáveis clínicas	Grupo experimental (pré-teste)		Grupo experimental (pós-teste)		Z	p
	M1	DP1	M2	DP2		
Inventário da depressão de Beck	13,13	4,95	10,13	6,26	-2,30	,021
STAI						
STAI-estado	44,86	9,50	41,60	8,20	-1,67	,093
STAI-traço	44,46	10,32	41,66	10,39	-2,14	,032
COPE						
• Coping activo	12,40	2,19	12,46	2,06	-.238	,812
• Planeamento	11,73	2,63	11,40	2,35	-.423	,672
• Procura de apoio instrumental	11,06	3,08	10,93	2,65	-.032	,975
• Procura de apoio emocional	11,93	1,98	11,33	2,12	-.750	,454
• Supressão de actividades paralelas	8,85	2,14	9,13	2,41	-.141	,888
• Investimento religioso	14,66	1,95	14,73	1,94	-.412	,680
• Reinterpertação positiva e crescimento	13,46	1,59	13,66	1,44	-.725	,466
• Restrição de coping	10,93	2,08	10,66	2,31	-.423	,673
• Aceitação	10,73	2,71	13,53	1,95	-3,07	,002
• Focar na emoção e sua ventilação	9,78	3,09	9,20	2,67	-1,45	,147
• Negação	7,33	1,83	8,00	3,02	-.614	,539
• Desinvestimento mental	9,13	2,06	10,33	2,60	-1,99	,046
• Desinvestimento comportamental	5,33	2,22	5,06	1,57	-.690	,490
Coping focado na emoção	60,93	4,16	58,46	7,22	-1,50	,132
Coping focado no problema	54,60	7,44	54,64	5,85	-.434	,665
Coping desadequado	23,71	4,84	24,60	4,71	-.253	,800
Ajustamento psicossocial à doença						
• «Orienta. serviços de saúde»	7,60	3,60	4,60	2,94	-2,28	,022
• «Ambiente vocacional»	8,21	3,64	10,53	3,06	-2,24	,025
• «Ambiente doméstico»	6,53	5,12	6,57	3,36	-.704	,481
• «Relacionamento com família extensa»	2,66	3,65	2,53	2,23	-.629	,529
• «Ambiente social»	4,53	4,25	4,53	3,97	-.170	,865

Quadro 4. Resultados dos Testes de Wilcoxon para Variáveis Não-Paramétricas nos Momentos Pré e Pós-Teste para o Grupo Experimental (N=15)

pacientes parecem menos ajustadas quanto ao seu desempenho, satisfação e interesse pelo trabalho. Provavelmente, as limitações impostas pela doença (ex.: dificuldades na movimentação do braço do lado em que foi feita a mastectomia), e os efeitos negativos e progressivos do tratamento, são factores cruciais para a deterioração do ajustamento nesta dimensão. Também é possível que, ao aceitarem que têm esta doença, estas mulheres comecem a desinvestir

de alguns objectivos que tinham anteriormente, como por exemplo objectivos de trabalho. Northouse e Swain (1987), num estudo sobre o ajustamento psicossocial, referem que as mulheres com cancro da mama sentem dificuldades a nível vocacional e doméstico.

O programa utilizado não parece ter produzido alterações pré-pós para todas as variáveis previstas. Na escala que pretendia avaliar o *coping*, COPE, a grande maioria dos resultados não foram significativos. Isto pode ficar a dever-se ao facto do instrumento utilizado apresentar valores de fidelidade muito baixos, podendo não ser um bom indicador desta dimensão na população portuguesa (REIS, 1999). A curta duração do programa pode ter limitado a aprendizagem de novas estratégias de *coping*, uma vez que a repetição e a capacidade de generalização destas aprendizagens em vários contextos da doença não podem ser implementados (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Quanto à escala de adaptação psicossocial à doença PAIS-SR, os resultados também foram limitados, tendo na maioria sido não significativos. Estes dados podem estar relacionados com o que TAYLOR e col. (1985) encontraram no seu estudo, «dificuldades a nível físico correlacionam-se positivamente com níveis baixos de ajustamento psicossocial». Todas as participantes deste estudo encontravam-se a realizar tratamentos de quimioterapia, com efeitos secundários debilitantes do ponto de vista físico, levando-as muitas vezes à interrupção e limitação de actividades, quer de trabalho, quer de lazer, o que por si só poderá estar a interferir nos resultados obtidos. Contudo, o programa parece ter tido um impacto positivo em termos de utilização dos serviços de saúde como um recurso nesta fase da doença.

A comparação com o grupo de controlo encontra-se limitada pela não possibilidade de randomização do ensaio clínico e pelo facto de apesar de se terem feitos esforços de aproximação dos dois grupos no pré-teste em termos das variáveis psicossociais avaliadas, isso não se ter verificado. Por exemplo, verificou-se que o grupo de controlo possuía à partida melhor apoio da família extensa do que o grupo experimental, o que pode ter condicionado a sua não participação na intervenção (auto-selecção). Assim, não reportaremos estes resultados pois têm pouco significado científico, estando este estudo a ser re-plegado no sentido de aumentar o seu rigor.

Em conclusão, os dados encontrados indicam um efeito limitado do programa implementado, mas que não é negligenciável, uma vez que, apesar de breve, se verificaram benefícios para estas doentes ao nível do Bem-estar psicológico, aceitação da doença e capacidade de *coping*, assim como na utilização dos serviços de saúde como um recurso. A falta de seguimento, a médio e longo prazos, constituiu-se como uma limitação importante do estudo na medida em que outros autores encontraram ganhos após três e seis meses que não foram visíveis no pós-teste. Assim, é possível que alguns dos benefícios deste programa não fossem evidentes no momento de avaliação pós-teste, mas viessem a ser posteriormente.

Os benefícios encontrados justificam a futura replicação destes resultados em amostras mais alargadas e com uma aleatorização dos sujeitos entre o grupo de controlo e experimental, para obviar efeitos de auto-selecção. Deverá também, controlar-se, ou considerar-se como co-variantes algumas variáveis como o suporte social no início e ao longo da intervenção.

Conclusão

Na revisão da literatura apresentada, torna-se evidente que o apoio psicológico ao doente oncológico no contexto de grupo tem benefícios alargados em termos da qualidade de vida do doente, repercutindo-se, quer no seu bem-estar físico, quer psicossocial. As modalidades de intervenção são várias e todas elas parecem trazer algum benefício, quer as de pendor mais educativo, quer mais psicoterapêutico.

O trabalho piloto realizado pela equipa de Psicologia da Saúde da Universidade do Minho nos últimos 6 anos é encorajador, demonstrando o tipo de colaboração interdisciplinar que se pode desenvolver com os serviços de oncologia nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. O desenvolvimento de programas de intervenção em grupo de carácter breve, resultou da constatação da realidade difícil destes serviços e dos doentes que os utilizam, que impõe restrições ao nível de espaços e acessibilidade a programas deste tipo. Tornou-se indispensável começar a realizar estudos piloto de avaliação da eficácia dos mesmos junto desta população, pois as condições de recrutamento e implementação destes programas em Portugal são bem diferentes das existentes nos estudos estrangeiros mencionados. A questão da adaptação *cross-cultural* de programas como os desenvolvidos por SPIEGEL e por FAWZY e as suas equipas, coloca-se de forma particular nas circunstâncias portuguesas. O estudo piloto aqui apresentado e presentemente em processo de replicação constitui-se como um esforço nesse sentido.

Os estudos realizados no estrangeiro com populações com doença oncológica, justificam um optimismo acerca do futuro dos esforços da Psicologia no facilitar do ajustamento psicossocial nesta problemática. As evidências da sua eficácia são encorajadoras, e estão na base do estudo aqui apresentado. Contudo, devem ser testadas outras formas de intervenção e alargá-las a outros tipos de cancro. A necessidade de adequar o tipo de intervenção à patologia em questão e à fase da doença em que os doentes se encontram é crucial e pertinente em futuras investigações. Também seria importante analisar diferencialmente a eficácia de programas com diferentes durações (ex: programa breve e programa mais longo). Em Portugal, a utilização de equipas de investigação multidisciplinares neste domínio, no futuro, também pode potenciar estudos mais alargados de eficácia.

Em Portugal, o apoio psicológico ao doente oncológico, nos vários estádios da sua doença, é ainda uma raridade, ficando este privado de um recurso considerado indispensável pelos profissionais de saúde no estrangeiro (ROYAK-SZHALER et al., 1997). Assim, será importante sensibilizar os responsáveis pela política de saúde para a importância e necessidade de implementação de abordagens psicossociais em paralelo com as abordagens biomédicas utilizadas nos tratamentos destes doentes, uma vez que, em conjunto (abordagem biopsicossocial), poderão ter um papel inestimável no bem-estar físico e psicológico destes. Os médicos oncologistas podem ter um papel fundamental na referencição de doentes oncológicos para apoio psicológico desde as primeiras fases da doença. A intervenção psicológica de grupo de carácter breve poderá ser uma modalidade particularmente ajustada à realidade dos serviços de oncologia em Portugal.

Referências Bibliográficas

- Andersen, B. L., Andersen, B., & DeProsse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 692-697.
- Gump, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K., & Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57, 183-189.
- Greer, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Gella, D. F., Saratian, B., Sidel, P. R., Yellen, S. B., & Winkour, P. (1993). Evaluation of a community-based cancer support group. *Psycho-Oncology*, 2, 123-132.
- Gockburn, J. (1997). Information needs of cancer patients. *Breast NEWS: Newsletter of the NHMRC National Breast Cancer Centre*, 3 (2).
- Gowley, L., Heyman, B., Stanton, M., & Milner, S. J. (2000). How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 314-321.
- Deyans, G. M., & Blunk, Y. M. (1996). Facilitating coping with chronic physical illness. In M. Zeider and N. Endler (Eds.), *Handbook of Coping, theory, research, applications* (pp. 640-686). London: John Wiley & Sons.
- Durá, E., & Ibanez, E. (1991). The psychosocial effects of an information program involving Spanish breast cancer patients. *Journal of Psycho-social Oncology*, 9 (2), 45-65.
- Eggar, L., Rosberger, Z., & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69 (3), 817-828.
- Fallowfield, L. (1990). Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology*, 4, 89-96.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kenney, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (1994). A structured psycho-educational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Hilton, B. A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 39-53.
- Jacobs, C., Ross, R. D., Walker, I. M., & Stockdale, F. E. (1983). Behavior of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer support. *American Journal of Clinical Oncology*, 6, 347-350.

- Johnston, M., Gilbert, P., Parridge, C., & Collins, J. (1992). Changing perceived control in patients with physical disabilities: an intervention study with patients receiving rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 89-94.
- Keitel, M., & Kopala, M. (2000). *Counseling women with breast cancer: a guide for professionals*. London: Sage Publications.
- Kidman, A. D., & Edelman, S. (1997). Developments in psycho-oncology and cognitive behavior therapy in cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(1), 45-62.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Masse, M., Holland, J., & Straker, N. (1990). Psychotherapeutic interventions. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psycho-oncology* (pp. 455-469). New York: Oxford University Press.
- McIntyre, T. M. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e Perspectivas Futuras* [Health Psychology: Areas of intervention and future perspectives] (pp. 17-29). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T., & Fernandes, S. (1998). *Programa de intervenção psicológica breve para mulheres com cancro da mama*. Braga: Universidade do Minho.
- McIntyre, T., & Silva, N. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde da Região Norte* [In depth study of the clients of health services of the Northern Region of Portugal]. Porto: ARS-Norte.
- Meyer, T., & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Northouse, L.L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 33, 91-95.
- Perera, M.G., & Matos, P. (1999). *Intervenção psicológica nas fases da doença oncológica*. Programa elaborado no âmbito do estágio em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Perera, M.G., Oliveira, C. & Lobo, O. (1998). *Intervenção na doença oncológica*. Programa elaborado no âmbito do estágio em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Perera, M.G., & Marques, A. (2001). *Grupo de Apoio Psicológico a Mulheres Mastectomizadas*. Programa elaborado no âmbito do estágio em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Pruitt, B. T., Walligora-Seratin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, D. M., Drake, D. A., & Cuellar, D. (1993). An Educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.
- Royak-Schaler, R., Stanton, A., & Danoff-Burg, S. (1997). Breast cancer: Psychosocial factors influencing risk perception, screening, diagnosis and treatment. In S. Gallant, G. Keita & R. Royak-Schaler (Eds.), *Health care for women* (pp. 295-314). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reis, M. F. F. (1999). *Variações psicossociais em adultos com artrite reumatóide em fase crónica*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Seligman, L. (1996). *Promoting a fighting spirit: Psychotherapy for cancer patients, survivors and their families*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Simonton, O. C., & Simonton, S. S. (1975). Belief systems and the management of emotional aspects of malignancy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 7, 29-47.
- Spiegel, D., Bloom, J., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45, 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., & Gotthel, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, ii, 888-891.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., Wood, J. V., Blumling A. Z., Dosik G. M., & Leibowitz, R. L. (1985). Illness related and treatment related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 55, 2506-2513.
- 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, 802-808.
- Worden, J. W., & Weisman, A. D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6, 243-249.

O cancro da mama no «seio» da família

Maria do Rosário Dias, Paula Manuel, Patrícia Xavier
& Ana Costa

Introdução

Nas últimas décadas, o domínio dos saberes inerente ao cancro da mama tem sido alvo de uma acentuada avalanche evolutiva, dada a complexidade desta patologia. Como resultado do progresso científico, a incidência das investigações tem-se centrado essencialmente na etiologia do cancro e nas estratégias de adaptação do indivíduo à doença, negligenciando a família enquanto palco de interações relacionais (GOTAY, 1984; KAPLAN, WEINBERG, SMALL & HENDON, 1991; SCHMALLING & SHER, 2000).

No elenco deste enigma familiar, importa referir que, de acordo com os relatórios da Organização Mundial de Saúde (1995-2000), as doenças oncológicas têm tido um aumento substancial e continuado, fazendo do cancro uma das principais causas de morte a nível mundial. No que se refere especificamente ao cancro da mama, as estimativas para o ano 2000 (GLOBOCAN 2000), a nível mundial, registam cerca de um milhão e cinquenta mil novos casos que terão originado, aproximadamente, trezentos e setenta e três mil mortes.

Ao nível da União Europeia, esta patologia é igualmente uma das doenças mais frequentes. De acordo com a base de dados da EUCAN, registaram-se, em 1996, duzentos e nove mil quinientos e quarenta e oito casos de cancro da mama e setenta e seis mil e trinta mortes. Portugal, registou nesse período quatro mil cento e oitenta e três casos e uma taxa de incidência de 81,87, a terceira mais baixa da União Europeia¹.

Face às elevadas taxas de incidência e prevalência do cancro da mama na mulher, torna-se pertinente centrar a problemática das investigações nas lacunas

¹ A Espanha e a Grécia registaram, em 1996, taxas de incidência de 71,28 e 75,64, respectivamente.