

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de  
pacientes em tratamento radioterápico.**

**Wanderley de Paula Junior**

Goiânia – Goiás

Janeiro de 2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

**Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de  
pacientes em tratamento radioterápico.**

**Wanderley de Paula Junior**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da  
Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.  
Orientadora: Dra. Daniela Sacramento Zanini.

Goiânia – Goiás

Janeiro de 2009

P324r Paula Junior, Wanderley de.  
Resiliência : análise das estratégias de enfrentamento de  
pacientes em tratamento radioterápico / Wanderley de Paula  
Junior. – 2009.  
102 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia,  
2009.

“Orientadora: Dra. Daniela Sacramento Zanini”.

1. Resiliência – paciente – tratamento radioterápico. 2.  
*Coping*. 3. Câncer – resiliência – paciente. 4. Bem-estar  
subjetivo – paciente – câncer. I. Título.

CDU: 159.9:616-006.6:577.34(043.3)



Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Wanderley de Paula Junior

**Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico.**

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 30 de janeiro de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

Dra. Daniela Sacramento Zanini / UCG (Presidente da Banca)

Dr. Cláudio Simon Hutz / UFRS (Membro Convidado)

Dra. Ana Raquel Rosa Torres / UCG (Membro Convidada)

Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / UCG (Membro Suplente)

### Dedicatória

Dedico este estudo aos meus pais, Elva e Wanderley, e aos pacientes do Hospital Araújo Jorge da ACCG, que para mim são exemplos claros de resiliência.

## Agradecimentos

Agradeço à Prof<sup>ª</sup>. Dra Daniela Sacramento Zanini, pela delicadeza e sabedoria nas orientações.

Agradeço ao Coordenador e Vice-Coordenador do Programa Strictu Senso em Psicologia, professores: Dr Lauro Eugenio Nalini e Dr Fábio Jesus Miranda.

Grato aos professores das disciplinas do mestrado doutores: Ana Raquel, Benedito Rodrigues, Sônia Margarida, Luiz Pasquali, Fábio Jesus, Sebastião Benício, Helenides Mendonça, Kátia Barbosa e Weber Martins.

Muito obrigado à Banca Examinadora, Professores: Dr. Cláudio Hutz, Dra. Ana Raquel, Dr. Luc Marcel, Dra. Maria Ângela (banca de qualificação) por terem aceitado o convite e pelas contribuições que com certeza irão aperfeiçoar este trabalho.

Especial agradecimento aos Doutores: Maria Ângela Mattar Yunes, Ângela Coelho, Ana Pereira Benevides, Bernado Moreno, Lenise Santana pela atenção e disponibilidade em atender às minhas solicitações.

Um carinhoso agradecimento aos amigos do mestrado, inicialmente colegas, hoje amigos verdadeiros que guardo no coração: Ivana Queiroz, Simon Santana, Simone Oliveira, Bruna Waschek e Eliete.

Obrigado às secretárias do mestrado que sempre atenderam com atenção: Cristiane, Marta e Glenda.

Muito obrigado à diretora Prof<sup>a</sup> Eglacy Consenza e vice-diretora Marlene de Fátima da Universidade Estadual de Goiás – Unidade ESEFFEGO.

Aos amigos da UEG/ESEFFEGO que muito apoiaram nesta jornada professores: Aline, Ferdinand, Raimunda, Darlene, Rinaqui, Cristina Bonetti, Simey, Nonato, meu agradecimento.

Agradeço à Dra. Criseide Castro, presidente da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, ao Dr. Carlos Figueiredo Bezerril, eterno chefe da radioterapia, mesmo quando não estiver no exercício do cargo, ao Dr. Raúl Chavarria, diretor do Hospital Araújo Jorge, ao Dr. Francisco Dourado, diretor do Instituto de Ensino e Pesquisa, e a todos os funcionários do IEP na pessoa da coordenadora Marta pelo apoio.

À toda equipe do setor de radioterapia, que não poderia nomear a todos desde o pessoal de serviços gerais, assistentes de secretaria, secretárias, pessoal administrativo, técnicas de enfermagem, técnico em gesso, enfermeira, técnicos em radiologia, residentes em física e medicina, físicos e médicos. A todos vocês, o meu sincero agradecimento e com certeza o êxito deste trabalho se deve muito a vocês.

Ao Serviço de Psicologia da ACCG, Tatiane, Telma, Patrícia, Ana Caran, Arlene, Anadir, Gorett, Celeste, Cynthia e ao nosso anjo da guarda, a secretária Lucineide. A vocês minha admiração e agradecimento.

Grato pela colaboração da ex-estagiária na Radioterapia, Lylya Moraes, de Cláudia Mendes na coleta de dados, de Rita Coracy e Daniela Rosa na correção do texto da dissertação e de Régia Sueli na transcrição das entrevistas.

Um agradecimento muito carinhoso aos pacientes e familiares em tratamento no Hospital Araújo Jorge – Radioterapia. Mesmo diante da dor, sofrimento, vocês tiveram a disponibilidade de atender ao meu pedido de participar desta pesquisa e mesmo aqueles que neste estudo não fizeram parte, com certeza, em algum momento, vocês ensinaram as pessoas o que é enfrentar adversidades. Meu muito obrigado.

Grato aos grandes amigos que ficam eternizados no coração: Thiago, Maurício, Túlio, Fred, Adriano, Wagner, Jean, Simone, Guido, Angélica, Selvo, Argus, Olga, Junior, Raíza, Lara, Lenise, Elecy, Nilceana.

Quando abordamos sobre resiliência, a família é uma das fontes motivadoras na superação dos obstáculos. Sou grato a Deus por todas as coisas boas e também pelas dificuldades que colocou em minha vida, pois assim tive a constatação real do que é família. Grande carinho aos meus pais: Elva e Wanderley (Bela Vista), aos irmãos: Wagner, Régia, Nilva, Rita, Elva, Márcia, Eliane (*in memórian*), cunhados: Francisco e Cláudio, cunhada: Valda, sobrinhos: Éder, Cláudia, Luíza e Gabriel. A Maria de Castro (dindinha), tia e segunda mãe, enfim, a vocês, meu muito obrigado.

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão teórica e uma pesquisa empírica sobre os temas: resiliência, *coping*, estresse e bem-estar subjetivo. A revisão bibliográfica é apresentada no capítulo 1, fruto de investigação e compilação de artigos e livros sobre os assuntos acima citados. Nos capítulos 2 e 3 são apresentados os artigos referentes à pesquisa de campo com 60 pacientes com câncer em radioterapia. O primeiro artigo visa descrever as formas de enfrentamento psicológico e a percepção de bem-estar subjetivo dos participantes da pesquisa respaldados na discussão sobre resiliência. No segundo artigo o objetivo foi analisar a relação existente entre *coping*, resiliência e bem-estar subjetivo na mesma amostra. Os resultados apontaram a rede de apoio social, principalmente a família, a religião e as características individuais como aspectos fundamentais de apoio no enfrentamento da doença e tratamento. Quanto às estratégias de *coping* os participantes relataram um uso superior de estratégias de aproximação ( $M = 38,64$  e  $DP = 9,66$ ), do que de evitação ( $M = 26,12$  e  $DP = 7,89$ ). Quanto ao bem-estar os participantes informaram mais afeto positivo, maior satisfação com a vida do que afeto negativo e menos insatisfação com a vida. Para os sintomas do estresse a maior pontuação foi para sintomas psicológicos ( $M = 16,13$  e  $DP = 11,13$ ) em relação aos sintomas físicos ( $M = 11,69$  e  $DP = 5,98$ ). Os dados forneceram informações importantes ao apontar que as estratégias de aproximação, focadas no problema, podem estar relacionadas ao ajustamento emocional e bem-estar subjetivo.

Palavras Chaves: Resiliência; *Coping*; Bem-estar subjetivo; Câncer; Radioterapia.

## ABSTRACT

This study presents a theoretical review and an empirical inquiry on subjects: resilience, coping, stress and subjective well-being. The bibliographical review is presented on chapter 1 after a deep investigation and intense researches on articles and books about the subject above quoted. In chapter 2 and 3 it's presented the articles about the research done with 60 patients in radiotherapy treatment. In the first article the goal was to describe the ways patients faced the treatment and also to have a perception of the subjective well-being according to the discussion of resilience. In the second article the objective was to analyse the relationship among coping, resilience and subjective well-being. The results of this inquiry showed the social support, especially the family, the religion and the individual characteristics, as their main support when it comes to facing the illness and its treatment. In the coping strategies, the patients reported having used more the approach strategies ( $M = 38,64$  and  $DP = 9,66$ ) rather than the avoiding one ( $M = 26$  and  $DP = 7,89$ ). About the well-being, the participants reported a better positive affection, better satisfaction with life rather than the negative affection and less dissatisfaction with life. To the stress symptoms the highest score was to the psychological ones ( $M = 16,13$  and  $DP = 11,13$ ) instead of the physical ( $M = 11,69$  and  $DP = 5,98$ ). The numbers showed important information when they said that the approach strategies, focused on the problem, may be related to the emotional adjustment and also to the subjective well-being.

Key words: Resilience, Coping; subjective well-being; Cancer; Radiotherapy.

## LISTA DE TABELAS

### CAPÍTULO II

Tabela 1	Descrição das respostas sobre o que ajuda a enfrentar a	
	doença/tratamento.....	52
Tabela 2	Médias e desvio padrão da escala de <i>coping</i> por sexo e geral .....	53
Tabela 3	Médias e desvio padrão dos fatores de resiliência, bem-estar subjetivo e	
	sintomas de estresse por sexo e geral.....	54

### CAPÍTULO III

Tabela 1	Descritivos de <i>coping</i> , resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de	
	estresse.....	68
Tabela 2	Análise de correlação de Pearson entre <i>coping</i> , resiliência, bem-estar	
	subjetivo e sintomas de estresse.....	70
Tabela 3	Regressão linear aplicada às estratégias de <i>coping</i> , fatores da escala de	
	resiliência e fatores da escala de bem-estar subjetivo.....	73

## SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE TABELAS .....	x

	12
INTRODUÇÃO .....	14
CAPÍTULO I – REVISÃO TEÓRICA .....	19
Resiliência e <i>Coping</i> : Estudo Teórico sobre Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico.	
1.1. Resiliência.....	20
1.2. Estresse, <i>coping</i> e bem-estar subjetivo .....	26
CAPÍTULO II – ARTIGO EMPÍRICO.....	37
Câncer e Radioterapia: estudo descritivo sobre <i>coping</i> , resiliência e bem-estar subjetivo.	
RESUMO.....	37
ABSTRACT .....	38
Introdução .....	39
Método .....	45
Participantes .....	45
Instrumentos .....	45
Procedimento .....	49
Resultados .....	50
Discussão.....	55
CAPÍTULO III – ARTIGO EMPÍRICO.....	59
Resiliência: análise das estratégias de <i>coping</i> de pacientes em tratamento radioterápico.	
RESUMO.....	59
ABSTRACT .....	60
Introdução .....	61
Método .....	64
Participantes .....	64

Instrumentos .....	65
Procedimento .....	67
Resultados .....	68
Discussão.....	75
Referências Bibliográficas .....	80
Anexos.....	87
Anexo A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	87
Anexo B- CRI-ADULT FORM.....	90
Anexo C- INVENTÁRIO DE RESILIÊNCIA.....	96
Anexo D- ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO.....	98
Anexo E- INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE ESTRESSE.....	100
Anexo F- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	101

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a psicologia tem buscado compreender e tratar patologias e de certa forma, deixado de lado os aspectos mais estruturados da pessoa, bem como as formas mais adaptativas de lidar com situações de conflito e tensão (Seligman, 2004). Com essas idéias, Seligman chamava atenção para o fato de que muito se tem descrito e estudado sobre os estados patológicos dos indivíduos, contudo, pouco se tem focado nos aspectos ou características pessoais que possibilitam algumas pessoas permanecerem saudáveis, enquanto outras adoecem. No ano de 1998, este autor enfatizou a necessidade da psicologia focar suas pesquisas e intervenções nos aspectos “virtuosos” das pessoas e não somente nas patologias ou “negatividades” dos indivíduos (Yunes, 2006).

Na década de 30, do século XX, Carl Rogers iniciou sua produção acadêmica e foi um dos grandes expoentes da Psicologia no desenvolvimento da corrente Humanista

Existencial que apontavam que as forças positivas rumo à saúde e ao crescimento são próprias do organismo. O amor para Rogers é tão importante que pode auxiliar mais uma criança no seu desenvolvimento do que o caráter agradável ou desagradável de suas experiências e comportamentos (Fadiman & Frager, 1986). Mais recentemente, foram retomadas pelos psicólogos as discussões e pesquisas sobre os aspectos mais estruturados da pessoa. Desta forma, Seligman (2004) centra seus estudos nos sentimentos positivos e no exercício de forças e virtudes, explorados pela corrente chamada Psicologia Positiva.

O otimismo, por exemplo, tem sido muito discutido quanto a sua influência na saúde dos indivíduos. Seligman (2005) aponta, em seus estudos, que os otimistas possuem uma saúde melhor, envelhecem com menos problemas físicos, emocionais e de convivência social e podem até desfrutar de uma vida mais longa.

Seligman (2004) aponta que as pessoas otimistas tendem a considerar seus problemas passageiros, controláveis e específicos a uma situação. Os otimistas possuem uma força que permite interceptar e superar os reveses da vida. Ao contrário, os pessimistas tendem a explicar suas frustrações de modo pernicioso e acreditam que a causa do problema é permanente, incontrolável, contagiosa e pessoal. Este autor aborda que os pessimistas tendem oito vezes mais à depressão quando as coisas não vão bem. Podem ter rendimento na escola, nos esportes e na profissão inferior ao seu potencial. Podem apresentar mais problemas de saúde física e viver menos e apresentar relações interpessoais mais tumultuadas.

A Psicologia Positiva é uma corrente teórica que se desenvolveu a partir dos anos de 1990 e que se pauta na convergência cultural das seis virtudes principais: sabedoria e

conhecimento, coragem, amor e humanidade, justiça, moderação, espiritualidade e transcendência. Para isso, se fundamenta nos conhecimentos de filósofos como Confúcio, Aristóteles e Santo Tomás de Aquino, além de livros sagrados como o Bushido (o código de ética japonês dos samurais), o Bhagavad-Gita indiano, como referência para os conceitos de virtude e força (Seligman, 2004). Os objetivos da Psicologia Positiva, segundo Seligman (2004), ao considerar as motivações positivas – benevolência, competência, opção e respeito pela vida, investiga sentimentos positivos, como satisfação, felicidade e esperança, visam a promoção de forças e virtudes na pessoa com finalidade de buscar caminhos melhores rumo a qualidade de vida e bem-estar.

Por outro lado, a Psicologia da Saúde, outra área do conhecimento da Psicologia, também visa promover a saúde, prevenir e tratar doenças, bem como promover políticas que busquem o aprimoramento do sistema de saúde pública. Objetiva também pesquisar as origens psicológicas, comportamentais e sociais da doença (Straub, 2005). Com estes objetivos, a Psicologia da Saúde também busca avaliar aspectos relacionados à qualidade de vida e bem-estar da pessoa que foi ou poderá ser (prevenção) acometida por uma patologia. Portanto, a Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde convergem nos seus objetivos e em grande parte possuem campos de pesquisa semelhantes.

A Psicologia da Saúde tem seu marco principal em 1978 com a criação da divisão de psicologia da saúde (divisão 38) pela American Psychological Association (Straub, 2005). Suas intervenções em diversos contextos e em especial em instituições hospitalares diferem das intervenções tradicionais dos consultórios de psicologia clínica. O psicólogo da saúde busca reforçar os aspectos mais estruturados dos pacientes. Os potenciais, as motivações e as capacidades humanas são reforçados nos atendimentos. Focar nestes aspectos tem como

finalidade auxiliar o paciente e seus familiares a revitalizar sua força e virtude. Desta forma, podemos dizer que a Psicologia da Saúde guarda estreitos laços temáticos com a atual corrente da Psicologia Positiva.

Tanto a Psicologia da Saúde, quanto a Psicologia Positiva busca entender os problemas relacionados às vivências de problemas de saúde, assim como as estratégias mais adaptativas e estruturadas utilizadas pelas pessoas para lidar com a dor, o sofrimento e os obstáculos causados pela doença ou que podem vir a causar uma patologia. Além disso, segundo Assis, Pesce e Avanci (2006), no final da década de 70, do século XX começou-se a discutir a capacidade que alguns indivíduos têm de sair ilesos ou mesmo fortalecidos das experiências de eventos estressantes. A esta capacidade de superação de obstáculos com manutenção da saúde psicológica denominou-se resiliência.

O estudo da resiliência em diferentes situações também se tornou objeto de estudo da Psicologia Positiva e da Psicologia da Saúde e tem recebido merecida atenção na atualidade. Diversas situações de exposição às adversidades tais como: catástrofes naturais ou causadas pelo Homem, condições econômicas de pobreza ou miséria, mudar de cidade, desemprego, pessoas vítimas de violência, morte de uma pessoa afetivamente próxima, pessoas com doenças crônicas, entre elas o câncer, têm sido objeto de investigação em relação a resiliência. O câncer reporta à pessoa a situação de risco e vulnerabilidade, uma vez que esta doença tem sido ligada à ideia de dor, sofrimento e morte.

Entre os vários momentos de vulnerabilidade e adversidade enfrentados pela pessoa com câncer, que vão do diagnóstico às terapêuticas enfrentadas pelo paciente e sua família, a radioterapia merece atenção. O tempo do tratamento, os efeitos colaterais, os desgastes

econômicos, físicos e afetivos justificam a necessidade de investigar as formas de enfrentamento e superação desta fase de tratamento.

Desta forma, o presente trabalho objetivou estudar e descrever as formas como os indivíduos com câncer lidam com o tratamento radioterápico e as implicações desse tratamento em sua saúde. Para tanto, consta de um estudo teórico e uma pesquisa que foi levada a cabo no centro de radioterapia do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). O Hospital Araújo Jorge é uma das unidades da ACCG, especializada em pesquisa e intervenção do câncer. A ACCG é uma entidade privada, sem fins lucrativos e de natureza filantrópica, fundada em 20 de janeiro de 1956, numa iniciativa do médico Alberto Augusto de Araújo Jorge, com o apoio de outros médicos e do Rotary Clube de Goiânia. Essa Associação é composta pelas unidades: Hospital Araújo Jorge, Núcleo de Assistência Social, Institutos de Ensino e Pesquisa e de Pesquisa Básica, Unidade Oncológica de Anápolis e Sistema de Prevenção.

Para atender a estes objetivos o presente trabalho se organiza em três partes. Na primeira parte se realiza uma revisão teórica. Assim, o capítulo um descreverá os conceitos de resiliência, *coping*, estresse e bem-estar subjetivo com enfoque conceitual e nas relações entre esses conceitos. Nos capítulos dois e três serão apresentados os resultados da pesquisa empírica realizada como trabalho de investigação do mestrado em Psicologia. Essa pesquisa é apresentada na forma de dois artigos científicos de acordo com as normas da Revista Interamericana de Psicologia para o primeiro artigo e Revista Psychológyca (Coimbra) para o segundo artigo, para as quais serão submetidos após a defesa do trabalho.

## CAPÍTULO I

### **Resiliência e *Coping*: Estudo Teórico sobre Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico**

*Se eu deixar de interferir nas pessoas, elas*

*se encaregarão de si mesmas,*

*Se eu deixar de comandar as pessoas, elas se*

*comportam por si mesmas,*

*Se eu deixar de pregar às pessoas, elas se*

*aperfeiçoam por si mesmas,*

*Se eu deixar de me impor às pessoas, elas se*

*tornam elas mesmas.*

(Carl Rogers, 1973, p.206, citando Lao-Tsé, In

Fadiman & Frager, 1986).

A Psicologia Positiva, bem como a Psicologia da Saúde, pesquisa a vivência de problemas estressantes (estresse), as maneiras como os indivíduos enfrentam seus problemas (*coping*), o nível de satisfação ou bem-estar pessoal experimentado por cada um independente de situações vivenciadas (bem-estar subjetivo), assim como a capacidade de determinados indivíduos frente a estes eventos estressantes permanecerem saudáveis. O presente capítulo apresenta uma discussão teórica sobre os conceitos de resiliência, *coping*, bem-estar subjetivo, câncer e tratamento radioterápico, com a finalidade de analisá-los à luz da Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva.

### 1.1. Resiliência:

A etimologia da palavra resiliência aponta para as definições: *Resilientia* (latim), *resilienza* (italiano), *resilience* (francês) *resilence* (*resiliency*) (inglês) deriva do verbo latino *resilio* (re + *salio*) com as acepções seguintes: “saltar para trás”, “voltar saltando”, “retirar-se sobre si mesmo”, “encolher”, “reduzir-se”, “recuar”, “desdizer-se” (Tavares, 2001). Nas ciências, este termo está vinculado a conceitos da Física e, mais recentemente, às Ciências Sociais e Humanas (Yunes & Szymanski, 2001).

Ferreira (1999) descreve que resiliência na Física “é a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica” (p.566). O dicionário de língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (1995) aponta duas definições: (a) “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc, resiliência de caráter”; (b) “é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade” (p.1206).

Os conceitos precursores do termo resiliência em Psicologia podem ser considerados como invencibilidade ou invulnerabilidade. Estes reportam a uma ideia de resistência absoluta ao estresse, ser intocável e sem limites, além de ser uma característica intrínseca do indivíduo. Entretanto, estudos recentes demonstram que a resiliência ou resistência ao estresse pode ser relativa e apresentar um caráter mais constitucional ou ambiental, além de variar de acordo com as circunstâncias. Desta forma, entende-se que necessariamente o indivíduo não sairá da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade (Yunes & Szymanski, 2001).

Além disso, Pesce et al. (2005) destacam que ao estudar resiliência, as situações de risco, como as descritas em seu estudo, tornam a pessoa vulnerável no confronto com as situações de estresse. Para superar estes obstáculos, os fatores de proteção formam um anteparo que irão proteger a pessoa contra os riscos causados pelo evento estressor. Desta forma, a pessoa poderá superar a adversidade minimizando ou até mesmo evitando danos a si mesmo.

Sapienza e Pedromônico (2005) postulam que fatores de risco se referem às variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento. Por outro lado, fatores de proteção estão associados aos recursos individuais e do ambiente, tais como a religião, a rede de apoio social, o trabalho entre outros que reduzem o efeito do risco. Resiliência está relacionada, muitas vezes, a fatores protetores que predizem consequências positivas em indivíduos expostos a um contexto de risco. A partir daí, vários estudos, em ambientes e situações diversas, têm buscado compreender a resiliência e identificar os fatores de proteção e risco.

Para Paludo e Koller (2005), por exemplo, a resiliência é um processo dinâmico. A pesquisa realizada por estas autoras é um estudo de caso com objetivo de descrever o processo de resiliência na trajetória de vida de uma adolescente em situação de rua. Neste estudo, as autoras destacam os fatores individuais, entre eles a alegria, a persistência, a espontaneidade, além da capacidade de superação das adversidades e a rede de apoio social como principais fatores de proteção e colaboradores para resiliência.

Em outro estudo que buscava avaliar o papel dos fatores de proteção em crianças hospitalizadas com diversos diagnósticos de câncer e suas respectivas mães, Teles (2005) observou vários fatores protetores que podem direcionar uma pessoa para a resiliência: do aspecto religioso, da fé em Deus, dos aspectos políticos e econômicos, dos órgãos municipais e da rede de apoio social (entre elas a equipe multidisciplinar, as voluntárias e a professora). Este estudo ressaltou a importância de fatores de proteção e pode-se postular que nestas condições eles seriam os propulsores da resiliência.

Além de discutir os fatores de proteção, outra questão importante refere-se à perspectiva da resiliência como um traço individual ou um processo multifatorial. Os estudos sobre resiliência iniciaram há mais de trinta anos. Nesta época, postulava-se que resiliência se relacionava às “condições inatas (de um indivíduo) para resistir e ter imunidade aos estressores e não se tornar vítima” (Grünspun, 2003). Neste sentido, resiliência estava relacionado a aspectos personalísticos ou do próprio indivíduo e seu estudo se centrava nas características individuais que, estando presente, tornavam a pessoa imune aos eventos negativos da vida.

Nas Ciências sociais, o conceito de resiliência foi utilizado pela primeira vez por Emmy Werner e Ruth Smith (1986, 1992, 1993), e atualizado na obra dos mesmos autores em 2001, no estudo longitudinal na ilha de Kawai (Havaí). Durante trinta e dois anos, estes pesquisadores acompanharam a vida de aproximadamente quinhentas pessoas submetidas à condição de pobreza extrema, estresse, dissolução de vínculo familiar, alcoolismo, abuso sexual etc (Grünspun, 2003; Melillo & Ojeda, 2005). Estes autores descreveram como “invulneráveis” aquelas crianças que superavam as condições de risco (descritas anteriormente). Para estes autores, a invulnerabilidade destas crianças estava relacionada com a manifestação de um temperamento especial caracterizado por uma maior capacidade de ser flexível, por serem dotadas de capacidades cognitivas avançadas e por possuírem condições genéticas favoráveis.

De acordo com esta perspectiva, a resiliência é percebida como um traço de personalidade. Assim, seria possível classificar os indivíduos como resilientes ou não de acordo com as características de sua personalidade, nível cognitivo e genético. Contudo, e apesar desta conotação de resiliência como traço de personalidade, nesse estudo também foi verificada a existência de apoio social irrestrito de algum adulto significativo, familiar ou não, para estes indivíduos considerados mais resistentes aos eventos estressores. Este fato reforçou a ideia de que o vínculo e/ou o afeto poderiam ser a base do desenvolvimento com êxito (Melillo & Ojeda, 2005). Neste sentido, estudos posteriores centraram atenção no apoio social ou em características do meio que pudessem auxiliar o desenvolvimento de resiliência. Pode-se postular, então, que a partir daí, o conceito de resiliência se bifurca entre duas correntes: a dos geneticistas e a dos interacionistas (Melillo & Ojeda, 2005).

No primeiro, resiliência é vista como um traço de personalidade e sugere que a superação das adversidades e riscos como uma adaptação positiva esteja pautada em características individuais do sujeito. Desta forma, a discussão seria em relação a personalidades resilientes ou indivíduos resilientes. Além disso, esta perspectiva não diferencia os momentos ou as situações relacionadas a resiliência. Isto é, um indivíduo considerado de personalidade resiliente em relação a um determinado tipo de evento estressante o seria novamente em outra situação similar.

Na segunda corrente, dos interacionistas, resiliência é vista como um processo que compreende a interação das características humanas e o ambiente: família, comunidade, cultura, religião, enfim, a ecologia vital como a base para superar os obstáculos e as situações de vulnerabilidade. Portanto, nesta perspectiva a relação entre os vários fatores que vão culminar em superação das adversidades dependem de um complexo emaranhado de combinações (Melillo & Ojeda, 2005). A partir destas concepções, alguns estudos têm buscado discutir estas relações que vão resultar na resiliência.

Pesce et al. (2005), por exemplo, em um estudo de adaptação para o Português da escala de resiliência de Wagnild e Young (1993), com grupo de estudantes do ensino fundamental em escolas públicas de São Gonçalo, Rio de Janeiro, enfatizam que foi encontrada correlação direta e significativa entre a auto-estima, a supervisão familiar, a satisfação de vida e o apoio social. Nesse estudo, percebemos a interação entre fatores intrínsecos (como auto-estima, o bem-estar subjetivo) e os fatores extrínsecos (rede de apoio social) à pessoa.

Diferentemente dos estudos com crianças e adolescentes em diversos contextos (Emmy Werner & Ruth Smith, 1986, 1992, 1993; Paludo e Koller, 2005; Pesce et al., 2005; Teles, 2005), outros estudos têm buscado estabelecer relações neurofisiológicas associadas a eventos traumáticos para a compreensão da resiliência.

Peres, Mercante e Nasello (2005), por exemplo, ao pesquisar eventos de estresse pós-traumáticos, propõem que eventos estressores e violentos podem ser registrados no encéfalo. Não propriamente registros factuais, mas traços de informações que serão usadas para recriar memórias que nem sempre expressam um retrato completamente fidedigno da experiência passada. Quando um evento traumático é recordado, este pode submeter-se a mudanças cognitivas e emocionais. Para estes autores, os fatores da personalidade contribuem para a compreensão das respostas ao trauma. Eles postulam que os psicoterapeutas devem trabalhar, além do evento traumático em si, os diálogos internos que mantêm a relação patológica com o episódio passado. Para isto, podem utilizar técnicas, como por exemplo, a exposição imaginária e a reestruturação cognitiva.

Estes autores comentam que descobertas funcionais e estruturais da neuroimagem em pessoa que apresenta dificuldade para sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática pode se relacionar ao volume diminuído do hipocampo, à relativa diminuição na ativação do hemisfério esquerdo e à diminuição na atividade do córtex pré-frontal, do cíngulo anterior e da área de Broca. Níveis mais baixos de cortisol também podem influenciar a formação e o processamento da memória traumática (Peres et al., 2005).

Para os autores acima citados, as pessoas que são incapazes de confiar nos outros, sensíveis à rejeição, que se sentem mais feridas e possuem mais dificuldades em fazer

amigos, experimentam os níveis mais elevados de sofrimento após um evento de estresse traumático. Fragmentação do núcleo familiar, baixo grau de instrução e histórico de internação psiquiátrica fazem parte do conjunto de fatores que dificultam uma pessoa superar um evento traumático.

Por outro lado, uma pessoa com motivação para a vida, com a crença na capacidade de influenciar nos resultados dos eventos e com a opinião de que se pode aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas tende à predisposição, à confiança, ao apoio social, à superação das adversidades. Desta forma, o estudo de Peres et al. (2005) coloca em evidência a importância de características da personalidade como mediadores ou moderadores da vivência de eventos estressantes e sua implicação na saúde dos indivíduos.

Além das características personalísticas, o sentido que a pessoa tem da vida, o bem-estar subjetivo e a rede de apoio social vão interferir nas formas de enfrentamento – *coping* – frente aos eventos estressores. O *coping* nem sempre irá resultar em superação das adversidades e, portanto, na avaliação subjetiva de bem-estar. Ao contrário da resiliência, que é sempre vista como uma superação aos fatores de risco e situações de vulnerabilidade. Com a finalidade de ressaltar as convergências e divergências conceituais em relação a resiliência, no tópico seguinte serão discutidos os conceitos de estresse, *coping* e bem-estar subjetivo.

### 1.2. Estresse, *coping* e bem-estar subjetivo:

As pesquisas realizadas a partir da Segunda Guerra Mundial apontavam o estresse como um fator externo ao indivíduo. As causas e os sintomas da doença eram justificados através do meio ambiente. Portanto, os problemas emocionais adquiridos pelos soldados

eram considerados como uma consequência do estresse sofrido durante as batalhas (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) citam estresse como: “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é apreciado por ela como excedente aos seus recursos, o que coloca em perigo o seu bem-estar” (p.19). A avaliação que a pessoa faz da situação como excedendo os seus recursos, pressupõe uma perspectiva subjetiva, em que determinadas situações podem ser estressoras para uma pessoa e não necessariamente para outra. Por exemplo, saltar de paraquedas para uma pessoa pode representar aventura, para outra pode ser perigo. Para o evento ser estressor, depende da percepção do indivíduo (perigo ou grande desafio) diante da situação.

Atribuindo três possíveis enfoques diferentes, a teoria do estresse preconiza: uma ênfase na resposta do sujeito ao estressor; outra que prioriza o estímulo estressor, e por fim, a que compreende a inter-relação entre indivíduo e ambiente, ou seja, resposta e estressor. O termo estresse aparece quase sempre acompanhado por palavras como situações ou circunstâncias, indicando condições temporárias ou transitórias ligadas a eventos de vida (Yunes & Szymanki, 2001).

A inserção do conceito de *coping* nos estudos e pesquisas sobre saúde e doença se iniciou a partir dos trabalhos sobre estresse. Este conceito se expandiu a partir das guerras mundiais. Manter os soldados nas batalhas desencadeava vários sintomas que podiam evoluir para transtornos mentais graves, os quais prejudicavam as habilidades militares dos soldados e, muitas vezes, os tornavam incapazes de desempenhar suas funções

adequadamente (Lazarus & Folkman, 1984). A palavra *coping* não é traduzida na língua portuguesa, sendo utilizada sempre no original em inglês.

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como: “um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com as demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (p. 141). Estas situações de estresse são percebidas como ameaçadoras para a pessoa e geradoras de desequilíbrio para a vida do indivíduo.

Várias teorias surgiram para conceitualizar o *coping*. Atualmente, três visões diferenciadas prevaleceram, com diferentes embasamentos teóricos e metodológicos. A primeira é a teoria baseada na experimentação animal que define *coping* como uma forma de controlar o ambiente, com finalidade de diminuir o aparecimento de transtornos psicofisiológicos. Esta visão não considera as diferenças individuais, a apreciação do problema, as estratégias cognitivas, os sentimentos e as emoções (Zanini, 2003).

A segunda, relacionada à psicologia do ego, une conceitos psicanalíticos com os de *coping*, correlacionando-os com mecanismos de defesa, como forma de enfrentar os conflitos sexuais e agressivos. Os principais desencadeadores do processo que envolve *coping* e mecanismos de defesa são fatores ambientais, ou seja, externos ao indivíduo (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). Algumas teorias derivadas desta corrente apontam *coping* como um traço estável de personalidade, ou seja, a maneira como um indivíduo enfrentará uma situação estressante estará ligado a determinados traços de sua personalidade. Já outra teoria considera *coping* como um estilo, que consiste em métodos

de enfrentamento do evento estressor, tendo em consideração o momento do evento. Ambas as teorias acima descritas são baseadas em uma abordagem psicodinâmica (Zanini, 2003).

A terceira visão corresponde ao modelo transacional, em que pessoas e ambientes são definidos em uma relação de interação e relevância entre os mesmos (Yunes & Szymanski, 2001). Outro estudo como o de Ogden (1999) sugere que o lidar com acontecimentos ameaçadores consiste em três processos fundamentais para o desenvolvimento e manutenção de ilusões com finalidade de adaptação cognitiva. Este modelo propõe o indivíduo como auto-regulador dos seus comportamentos e emoções e motivado a manter o *status quo* perante as situações ou problemas enfrentados.

Os processos propostos por Ogden (1999) são:

1. Uma procura de significado (a procura de causalidade, tais como: perceber/predizer para controlar o ambiente e perceber implicações na vida atual);
2. Uma procura de maestria (Como poderei impedir que um acontecimento semelhante volte a suceder. O que eu posso fazer para controlar este acontecimento?) Esta maestria consiste desde o uso de técnicas psicológicas: hipnose, visualização, atitude positiva; até o uso de técnicas comportamentais – mudança de dieta, alterações de medicamentos ou procura de informações.
3. Um processo de auto-aperfeiçoamento (reconstruir sua auto-estima).

Nas doenças crônicas, a dor e o estresse podem estar ligados ao modo como as pessoas lidam com os seus problemas. Segundo Ogden (1999), existem três formas de se compreender o *coping* relacionado às doenças crônicas: a) com um diagnóstico; b) como a forma de lidar com a crise de saúde e c) adaptação à doença física e a teoria de adaptação cognitiva.

O *coping* com um diagnóstico de doença crônica passa pelas fases: Choque, que se caracteriza pelo fato de o indivíduo ficar estupefato e desorientado, comportando-se de forma automática, com sentimentos de indiferença em relação à situação; reação de defrontar que se constitui pelo pensamento desorganizado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero; e pelo retraimento, ou seja, a negação do problema e das suas implicações.

O *coping* analisado com uma crise de saúde, com referência em Moos e Schaefer (1984), estabelece uma teoria da crise à doença. Analisam o modo como as pessoas lidam com grandes crises de vida e com fases de transições. Analisam o impacto de qualquer forma de ruptura na identidade pessoal e social estabelecidas. Esta teoria é baseada no trabalho de Lindemann (n.d.) sobre o pesar e o luto e Erikson (n.d.) acerca das crises de desenvolvimento. Segundo Moos e Schaefer (1984), qualquer crise é autolimitadora e os indivíduos são vistos como auto-reguladores (tendência a homeostase).

Moos e Schaefer (1984) descrevem que a doença pode ser considerada como crise por provocar mudanças:

1. Na identidade: (de pessoa com as características construídas ao longo da sua vida, por exemplo: pai, esposo, provedor da família para paciente/doente);
2. na localização: (nos casos de internação a saída de sua casa para o hospital);
3. no papel: (ao delegar a família e aos profissionais de saúde os cuidados consigo, a pessoa torna-se de certa forma dependente/passivo);
4. no apoio social: (a doença pode resultar em isolamento de amigos e familiares);
5. no futuro: (torna o futuro incerto, quanto à carreira profissional, filhos ou viagem, entre outras). A natureza da crise da doença pode ser exacerbada por fatores específicos da doença: surge de forma imprevista, informação pouco clara, as pessoas envolvidas necessitam tomar uma decisão rápida, significado ambíguo, limitada experiência anterior.

O processo de *coping*, de acordo com Moos e Schaefer (1984), compreende uma fase de avaliação cognitiva sobre a gravidade e o significado da doença. As informações que a pessoa possui sobre a doença, suas experiências anteriores, o apoio social e os pensamentos relacionados à doença podem interferir nesta avaliação. Este processo constitui-se de tarefas adaptativas, que podem ser tarefas específicas: lidar com a dor, a incapacidade e outros sintomas; lidar com o ambiente hospitalar e com procedimentos especiais de tratamento; desenvolver e manter relações adequadas com o pessoal que presta os cuidados de saúde, como também tarefas gerais: preservar um equilíbrio emocional razoável; preservar uma auto-imagem satisfatória e manter o sentimento de competência e maestria;

mudanças na aparência física – ficar desfigurado e dependência da tecnologia; manter relações com a família e os amigos; preparar-se para um futuro incerto.

Lazarus e Folkman (1984) apontam que ao vivenciar uma situação estressante, a pessoa pode realizar dois tipos de apreciação: primária e secundária. Na primeira, o sujeito avalia que situação está ocorrendo, se oferece risco a sua saúde. Caso a situação ofereça de alguma forma risco ao indivíduo, e enfrentá-lo está além de suas capacidades, a situação é avaliada como estressante.

Na apreciação secundária, o indivíduo define que tipo de estratégias utilizará no enfrentamento ao problema. Para isto a pessoa pode utilizar-se de recursos pessoais, ou seja, próprias do indivíduo, saúde e energia, auto-estima, habilidades sociais e de soluções do problema, ou ambientais, recursos próprios do ambiente (Zanini, 2003).

O *coping* pode ser focalizado no problema ou nas emoções. Quando a focalização é no problema, busca-se a confrontação e a reconstrução do problema de modo que se torne controlável. Caracteriza-se pela: procura de informação e apoio; resolução de problemas (por exemplo, busca do tratamento adequado para aquela doença) e identificação das recompensas. Por outro lado, o foco nas emoções visa o controle das mesmas e busca o equilíbrio emocional (Moos, 1993; Ogden, 1999; Zanini, 2003). *Coping* vem frequentemente acompanhado de palavras como: habilidades, estratégias, comportamentos, estilos, repostas ou recursos (Yunes & Szymanski, 2001). Esses conceitos são associados à corrente teórica sob a qual se trabalha *coping*.

É inevitável no decurso da vida de uma pessoa não deparar com um evento estressor. Entretanto, as fontes de proteção e a forma como o indivíduo irá enfrentar esta situação

adversa poderá desencadear em algo bom ou não. A avaliação que a pessoa irá fazer sobre os resultados do enfrentamento do estresse em dado momento da sua vida é subjetiva, por isso recorreremos ao conceito de bem-estar subjetivo.

“Bem-estar subjetivo é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem” (Albuquerque & Tróccoli, 2004, p. 154). Segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), este conceito se distingue do de saúde mental, pois a pessoa pode estar insana e ainda assim sentir-se feliz. Assim como independe de determinadas circunstâncias ou vivências estressantes como por exemplo, a vivência de uma doença crônica.

Desta forma, o fato de estar com câncer não implica necessariamente na experiência do sentimento de infelicidade constante. A pessoa pode sofrer oscilações quanto ao bem-estar em diferentes momentos da doença. A fase do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação são estágios distintos e neles o sujeito pode viver períodos de tensão, estresse e também felicidade, alegria, vitória, entre outros.

Além disso, a vivência do diagnóstico de câncer também se apresenta como um processo dinâmico e que envolve diferentes etapas. Seu tratamento também é multifacetado dependendo de diversos fatores relacionados ao diagnóstico e ao tipo de câncer. O câncer, hoje, é visto como sendo causado por uma multiplicidade de fatores; ambientais, físicos, comportamentais entre outros. Entretanto, há um consenso de que é uma “doença que se origina nos genes de uma única célula, passa por várias mutações até se multiplicar e tornar uma massa tumoral no local e a distância, com características fenotípicas de malignidade” (Yamaguchi, 1994, p. 22).

O câncer pode se dividir em: neoplasias hematológicas, cuja origem é nas células do sangue e dos tecidos linfáticos, como as leucemias (medula óssea) e linfomas (baço); e os tumores sólidos, como os carcinomas que têm origem no tecido epitelial e glandular e os sarcomas que têm origem nos tecidos ósseos, muscular e adiposo (Ogden, 1999).

O tratamento desta doença depende da classificação do câncer, de acordo com o órgão afetado, o tecido de origem, os aspectos morfológicos e estruturais e o grau de comprometimento da doença em tecidos vizinhos e distantes (Yamaguchi, 1994). Os tratamentos podem se dividir em: cirurgia (com retirada total – incluindo as margens de segurança - ou apenas a remoção parcial da região afetada); quimioterapia - tratamento por meio de substâncias químicas - e radioterapia, sendo este último foco deste estudo e que será detalhado melhor a seguir.

A descoberta dos raios X, em 1895, por Wilhelm Conrad Roentgen, da radioatividade, em 1896, por Antonie Henry Becquerel e a do rádio em 1898, por Marie Sklodowska Curie, segundo Costa Pinto e Leite (1999), são os três acontecimentos científicos que possibilitaram o uso das radiações para fins científicos e médicos.

Somado a estas descobertas e a partir das ideias de que as emanções radioativas tinham um caráter simbólico relacionado à saúde, glória e a helioterapia (a terapêutica de exposição dos pacientes à radiação solar), presumia-se que os novos raios tinham também propriedades terapêuticas semelhantes à luz solar. Em 1896, a radioterapia foi utilizada para tratamento de tuberculose e mais tarde, empregada no tratamento de tumores de cabeça e pescoço, de rinofaringe, no carcinoma de estômago, de pele e em diversos processos inflamatórios (Costa Pinto & Leite, 1999).

O tratamento radioterápico pode ser dividido em Irradiação externa – Teleterapia, cuja fonte emissora de radiação situa-se distante do corpo a ser irradiado; Irradiação interna – braquiterapia, cuja fonte de irradiação situa-se próximo ou dentro do organismo a ser tratado e Radiocirurgia – para tratamento dos tumores cerebrais com dose única de irradiação. Os efeitos colaterais iniciam na segunda ou terceira semana após o início do tratamento e variam de acordo com a sensibilidade e região do corpo da pessoa em tratamento. Na região do cérebro, por exemplo, o paciente pode sentir náuseas, vômitos, tonturas, dores de cabeça e alopecia; na região da boca e garganta, dor ao alimentar, dificuldade para engolir, boca seca, perda temporária do paladar, o que poderá desencadear inapetência, rouquidão, perda dos cabelos da barba; no tórax, tosse seca, náuseas, sensação de fraqueza; no abdômen e pelve, náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, cólicas e ardor ao urinar (Paula Junior, 1998).

Ao avaliar os sintomas físicos referentes ao tratamento radioterápico é importante também considerar os aspectos emocionais do paciente e evitar a dicotomia mente versus corpo impregnada no modelo biomédico. A mente e o corpo estão imbricados um no outro, sendo necessário compreender que os efeitos colaterais podem ser acentuados a medida que o paciente encontra-se emocionalmente abalado.

Garcia e Kosminsky (1999) apontam que a intensidade e duração das emoções podem estar relacionadas às variáveis: traços de personalidade; momento de vida que a pessoa recebeu o diagnóstico associado à idade, situação profissional e socioeconômica, posição familiar e religião; experiências passadas em relação ao câncer, somados ao conhecimento dos efeitos colaterais e evolução da doença; preconceitos culturais – câncer como uma sentença de morte e informações leigas obtidas através dos meios de comunicação.

Pacientes que apresentam história de problemas afetivos ou alcoolismo, diagnóstico em estágio avançado da doença ou evolução rápida, aumento da incapacidade física, paciente com câncer de pâncreas e alguns tipos mutilantes, com insuficiente controle da dor e uso de medicações estão mais vulneráveis a depressão (Garcia & Kosminsky, 1999).

De forma geral, sentimentos de medo, angústia, ansiedade, tristeza e raiva associados às perdas relativas à doença e tratamento são normalmente encontrados nos pacientes em tratamento radioterápico (Garcia & Kosminsky, 1999; Paula Junior, 1998).

O tratamento radioterápico também sugere um evento de estresse e de vulnerabilidade, uma vez que as incertezas de cura do câncer, bem como os efeitos colaterais que podem reduzir a capacidade física da pessoa, estão sempre permeando este contexto.

Entretanto, se considerarmos o câncer como um fator de risco e o tratamento radioterápico um contexto de vulnerabilidade, podemos entender que superar esta etapa do tratamento já seria, por si só, uma indicação de resiliência. Porém, ao enfrentar a doença e submeter-se ao tratamento é importante avaliar o bem-estar subjetivo como um termômetro para indicar que a pessoa superou a adversidade e o risco de forma positiva.

Neste sentido, a pesquisa apresentada no capítulo 2 e no capítulo 3, a seguir, visam abordar o câncer e, mais especificamente o tratamento radioterápico, com finalidade de descrever as formas de enfrentamento do paciente, identificar os processos de resiliência e analisar o auto-relato de bem-estar subjetivo, bem como analisar as relações entre os mesmos.

## CAPÍTULO II

**Câncer e Radioterapia: estudo descritivo sobre  *coping*, resiliência e bem-estar subjetivo.**

### RESUMO

Esta pesquisa visa descrever as estratégias de  *coping*, o nível de estresse e bem-estar subjetivo e identificar processos de resiliência em pacientes com câncer em radioterapia. A amostra foi constituída de 60 pacientes com idades entre 26 a 82 anos, sendo 66,70% do sexo feminino e 33,3% do masculino. Foram aplicados as escalas de Bem-Estar Subjetivo, o Inventário de Resiliência, o Inventário de Sintomas de Estresse e  *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI-A). A amostra estudada apresentou maiores índices: na escala

de sintomas de estresse psicológico, enfrentamento focado no problema, maior pontuação em termos de inovação e tenacidade (27,78%), fator de resiliência e de afeto positivo (65,08%), fator do bem-estar subjetivo. Entre os seis fatores de resiliência, dois deles: inovação e tenacidade e satisfação no trabalho, estão relacionados com afetos positivos e o uso de estratégias de resolução de problemas. Os dados discutidos foram baseados nos estudos em psico-oncologia.

Palavras Chaves: Câncer, radioterapia,  *coping* , resiliência, bem-estar subjetivo.

**Cancer and radioterapy : a descriptive study about coping, resilience and subjective well-being.**

#### **ABSTRACT**

This paper aims at to describe coping strategies and identify resilience process in patients with cancer going through radiotherapy treatment. The participants were 60 patients, age 26 to 82 years old, 40 of them (66,70%) were women and 20 (33,3%) were men. It was used the scales of Subjective Well-Being, the Resilience Inventory, The Stress Symptoms Inventory and the Coping Response Inventory – Adult Form (CRI-A). It was found a major demonstration of phycological stress, greater usage of strategies focused on the problem instead of using the ones focusing on how to avoid it. Among the six factors of resilience,

two of them: innovation and tenacity and satisfaction at work reflect more the positive affection and denote the use of strategies of facing and problem solving.

Key Words: Cancer, radiotherapy, coping, resilience, subjective well-being.

Estima-se uma incidência de 351.720 casos novos de câncer para o Brasil ocorreram no ano de 2008. O câncer representa 12% de todas as causas de morte no mundo, ou seja, 6 milhões de óbitos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2007). Estes números justificam as pesquisas e o interesse de estudiosos em cada vez mais aprofundar neste tema.

O câncer tem origem nos genes de uma célula e por processos de mutação se multiplica e forma massa tumoral maligna local e a distância (Yamaguchi, 1994). Atualmente discute-se a multiplicidade de fatores envolvidos na etiologia dessa doença. Dentre esses fatores destacam-se alguns de base comportamental, como uso de álcool e cigarro, o adiamento na busca de serviços de saúde, a não realização de exames preventivos, outros de base emocional, como a influência de estados depressivos sob o sistema imunológico e por fim, os aspectos biológicos tradicionalmente estudados, como a

hereditariedade ou maior vulnerabilidade de alguns órgãos em função da vivência de determinados fatores de risco.

Existem diversos tipos de câncer e sua classificação, em geral, se realiza em função das células originárias. Assim, de uma maneira geral o câncer se divide em: neoplasias hematológicas, carcinomas e sarcomas. As neoplasias hematológicas têm origem nas células do sangue e dos tecidos linfáticos, como as leucemias (medula óssea) e os linfomas (baço). Por outro lado, os tumores sólidos, como os carcinomas se originam no tecido epitelial e glandular, e os sarcomas têm origem nos tecidos ósseos, muscular e adiposo (Ogden, 1999).

O tratamento dessa doença depende de sua classificação em termos de estágio de desenvolvimento, do órgão afetado, do tecido de origem, dos aspectos morfológicos, estruturais e o grau de comprometimento em tecidos vizinhos e distantes. Os principais tratamentos se dividem em: cirurgia, quimioterapia, imunoterapia e radioterapia, sendo este último foco deste estudo (Yamaguchi, 1994).

A radioterapia como tratamento do câncer começou a ser utilizada em 1899, e seu objetivo é aplicar uma dose de radiação, a maior possível, com finalidade ideal de controle do tumor e minimizar os prejuízos aos tecidos normais circunvizinhos. Isolada ou associada à cirurgia e/ou quimioterapia, é uma modalidade curativa efetiva para muitas neoplasias malignas com alta taxa de sobrevida nos estádios iniciais da doença (Perez, 1999).

Os efeitos colaterais da radioterapia iniciam na segunda ou terceira semana após o início do tratamento e variam de acordo com a sensibilidade e região do corpo. Quando a radioterapia é, por exemplo, na região do cérebro o paciente pode sentir náuseas, vômitos,

tonturas, dores de cabeça e sofrer de alopecia; na região da boca e garganta, dor ao alimentar, dificuldade para engolir, boca seca, perda temporária do paladar, inapetência, rouquidão; no tórax, tosse seca, náuseas, sensação de fraqueza; no abdômen e pelve, náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, cólicas e ardor ao urinar (Garcia & Kosminsky, 1999; Paula Junior, 1998). Os efeitos colaterais da radioterapia podem interferir no equilíbrio emocional do paciente e na credibilidade que o mesmo tem no tratamento.

Quanto à credibilidade na irradiação como tratamento, percebe-se que historicamente, a bomba atômica de Hiroshima, os acidentes radioativos de Chernobyl e do césio-137 em Goiânia se apresentam como destruição e catástrofe. Quando a utilização de fonte ionizante é reapresentada como tratamento, a mesma pode ser percebida com descrédito, enquanto propriedade terapêutica contra o câncer (Garcia & Kosminsky, 1999; Paula Junior, 1998). Somados a esta representação e os efeitos colaterais, não é raro encontrar pacientes que questionam o efeito curativo da radioterapia.

Garcia e Kosminsky (1999) apontam que podem aparecer emoções negativas em relação à radioterapia, tais como: medo do aparelho de radioterapia, insegurança, ansiedade, depressão reativa, sentimentos de impotência, culpa, raiva por estar doente, tristeza, entre outros. A intensidade e duração destas emoções, segundo estes autores, podem estar relacionadas às variáveis: traços de personalidade; diagnóstico no momento de vida associado à idade, situação profissional e socioeconômica; posição familiar e religião; experiências passadas em relação ao câncer, aliados ao conhecimento dos efeitos colaterais e evolução da doença; preconceitos culturais – câncer como uma sentença de morte e informações leigas obtidas através dos meios de comunicação.

Arraras et al. (2008) pesquisou 48 pacientes com câncer de mama e Bergelt, Lehmann, Beierlein e Koch (2008) estudou 104 pacientes com câncer de mama e 70 pacientes com câncer de próstata, todos em tratamento radioterápico. Eles analisaram a qualidade de vida dos pacientes através da aplicação do questionário *Quality of Life* da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*. Os resultados apontaram limitações moderadas na qualidade de vida global quanto à perspectiva futura, funcionamento e prazer sexual e distúrbios do sono. Os pacientes com câncer de próstata reportaram médias superiores quanto aos sintomas físicos e funcionamento geral, porém sofreram menos com fadiga, dispnéia e perda do apetite do que as mulheres com câncer de mama. Pacientes com câncer de mama reportaram maior efeito colateral do que pacientes com câncer de próstata, provavelmente devido ao tratamento extensivo antes da radioterapia como cirurgia e/ou quimioterapia. Durante o tratamento de radiação, os dois grupos relataram efeitos negativos do estresse e dor. Os resultados ainda esclareceram que pacientes com câncer de mama parecem recuperar mais lentamente quando consideramos o funcionamento geral e emocional relativos à qualidade de vida. Entretanto, de forma geral, denotaram boa qualidade de vida e boa tolerância à radioterapia, além de condições emocionais e físicas adequadas para receber o tratamento.

Estes estudos demonstraram que mesmo com os efeitos colaterais do tratamento, da dor e efeitos negativos do estresse relatados pelos pacientes, estes apresentaram qualidade de vida satisfatória. Esse dado nos reporta a ideia de superação destes pacientes frente à adversidade – câncer e tratamento, portanto ao tema resiliência.

Atualmente, existem vários conceitos sobre resiliência, no entanto, todos eles têm em comum dois elementos: a. a experiência frente à adversidade e ao estresse e b. uma

evolução e adaptação positiva ao processo de desenvolvimento posterior ao enfrentamento do evento estressor (Serra, 2008).

Neste trabalho adotamos o conceito de Rutter (1985), um dos pioneiros no estudo da resiliência que propõe ser este constructo um processo dinâmico de resistência relativa ao estresse, pautado em bases constitucionais e ambientais, sem uma base fixa e que variam de acordo com as circunstâncias. Esse autor acrescenta ainda que este processo dinâmico de resiliência implica numa interação entre processos de risco e proteção. Pesce et al. (2005) destacam que situações de risco, como as descritas em seu estudo, tornam a pessoa vulnerável no confronto com as situações de estresse. Para superar estes obstáculos, os fatores de proteção podem formar um anteparo e resguardar o indivíduo dos problemas causados pela vivência de risco ou eventos estressores.

O conceito de estresse se expandiu a partir das guerras mundiais. Manter os soldados nas batalhas desencadeava vários sintomas que podiam evoluir para transtornos mentais graves, os quais prejudicavam as habilidades militares dos soldados e, muitas vezes, os tornavam incapazes de desempenhar suas funções adequadamente (Lazarus & Folkman, 1984).

A partir dos estudos de Lazarus e Folkman (1984), *coping* foi definido como: “um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com as demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (p. 141). Estas situações de estresse são percebidas como ameaçadoras para a pessoa e geradoras de desequilíbrio para a vida do indivíduo.

O *coping* pode ser focalizado no problema ou nas emoções. Quando o foco é no problema, busca-se a confrontação e a reconstrução do problema de modo que se torne controlável. Caracteriza-se por: procura de informação e apoio; resolução de problemas, por exemplo, busca do tratamento adequado para aquela doença e identificação das recompensas. Por outro lado, o foco nas emoções visa o controle das mesmas e busca o equilíbrio emocional (Moos, 1993; Ogden, 1999; Zanini, 2003).

Segundo Moos (1993), as estratégias de aproximação visam enfrentar e solucionar a situação de estresse, semelhante ao *coping* focado no problema. As estratégias de evitação objetivam contornar e controlar as emoções e/ou os pensamentos, sem, contudo, enfrentar diretamente o problema, e neste sentido se assemelha ao conceito de *coping* focado na emoção.

É inevitável que no decurso da vida de uma pessoa esta se confronte com um evento estressor. Entretanto, as fontes de proteção e a forma como o indivíduo irá enfrentar esta situação adversa poderá desencadear em algo positivo ou não para sua vida. A avaliação que a pessoa irá fazer sobre os resultados do enfrentamento do estresse em dado momento da sua vida é subjetiva, por isso recorreremos ao conceito de bem-estar subjetivo.

“Bem-estar subjetivo é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem” (Albuquerque & Tróccoli, 2004, p. 154). Segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), este conceito se distingue do de saúde mental, pois a pessoa pode estar insana e ainda assim sentir-se feliz. Assim como independe de determinadas circunstâncias ou vivências estressantes como por exemplo, a vivência de uma doença crônica.

O fato de estar com câncer, por exemplo, não implica necessariamente na experiência do sentimento de infelicidade constante. A pessoa pode sofrer oscilações quanto ao bem-estar em diferentes momentos da doença. A fase do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação são estágios distintos e entre eles o sujeito pode viver períodos de tensão, estresse e também felicidade, alegria, vitória, entre outros.

Desta forma, o presente estudo pretende investigar a relação entre o uso de estratégias de enfrentamento, resiliência e auto-relato de bem-estar subjetivo dos pacientes em tratamento radioterápico de um hospital especializado no tratamento de câncer. Mais especificamente pretende: a. Descrever as formas de enfrentamento psicológico de pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia; b. Avaliar a percepção de bem-estar subjetivo dos pacientes em tratamento radioterápico; c. Identificar a existência da resiliência em pacientes oncológicos em radioterapia;

## **Método**

### **Participantes**

Participaram desta pesquisa 60 pessoas, sendo 40 (66,70%) do sexo feminino e 20 (33,3%) do sexo masculino, com diagnóstico de câncer e em tratamento radioterápico em um hospital filantropico especializado no tratamento de câncer. As idades variaram entre 26 a 82 anos de idade ( $M = 52$ ,  $DP = 13,25$ ). Quanto ao número de aplicações de radioterapia, os participantes estavam entre a quarta e a trigésima quinta aplicação.

### **Instrumentos**

Para este estudo foram utilizados o *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A), em fase de validação para a população brasileira, o Inventário de Resiliência (IR), de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008), a Escala Bem-Estar Subjetivo (EBES), de Albuquerque e Tróccoli (2004), o Inventário de Sintomas de Estresse (ISE), de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002). Além destes instrumentos, foi elaborada uma entrevista semi-estruturada com a finalidade de coletar dados sócio-demográficos e informações sobre os pacientes em radioterapia.

O CRI – A de Moos (1993) mede oito tipos de estratégias de *coping* e se divide em três partes: 1ª) o participante da pesquisa descreve uma situação estressante que vivenciou nos últimos 12 meses; 2ª) o sujeito avalia 10 perguntas sobre os seguintes temas experiência prévia, prejuízos, responsabilidade do evento estressante; 3ª) e por fim, responde a 48 perguntas sobre comportamentos que utiliza ao enfrentar um problema. Estas perguntas são respondidas de acordo com quatro alternativas de tipo Likert e as respostas se agrupam posteriormente, por meio da adição direta dos itens nas oito escalas de estratégias de *coping*: análise lógica (tentam do ponto de vista cognitivo compreender e preparar mentalmente para enfrentar o evento estressor e suas consequências); reavaliação positiva (busca construir e reconstruir o problema de forma positiva ainda que a pessoa aceite a realidade da situação); busca de apoio (é comportamental e tenta buscar informação, orientação e suporte) e resolução de problemas (são ações que visam negociar direto com o problema a fim de resolver a situação que provocou o estresse); evitação cognitiva (a pessoa tenta evitar pensar no problema real); aceitação/resignação (é uma reação de aceitar e até mesmo de forma submissa o problema); busca de gratificação alternativa (são comportamentos que buscam envolver em atividades ou criarem fontes de satisfação e, com

isto, minimizar o problema) e descarga emocional (são respostas comportamentais que visam reduzir a tensão expressando sentimentos negativos frente ao problema enfrentado). As quatro primeiras escalas são consideradas formas de enfrentamentos diretas (*coping* de aproximação) e as quatro últimas são consideradas formas indiretas (*coping* de evitação) (Moos, 1993). Observe que tanto no *coping* de aproximação, quanto no *coping* de evitação há duas formas cognitivas e duas comportamentais. O instrumento apresenta boa qualidade psicométrica em sua versão original com alphas entre 0,58 e 0,72. Na versão brasileira, estudos apontaram uma consistência interna entre 0,55 e 0,59 para as escalas diretas e 0,80 e 0,77 para as escalas de aproximação e evitação, respectivamente.

O Inventário de Resiliência de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008) se constitui de 40 itens que expressam ações ou atitudes afirmativas e os participantes assinalam numa escala de 1 a 5, se estão totalmente em desacordo (1), em desacordo (2), nem de acordo, nem em desacordo (3), de acordo (4), e totalmente de acordo (5). Estes itens foram agrupados em 6 fatores: inovação e tenacidade, hiperemotividade, assertividade, empatia, satisfação no trabalho e competência emocional.

O fator inovação e tenacidade referem-se a pessoas com atitudes inovadoras, curiosas, persistentes, que enfrentam os desafios, de certa forma, aventureiras, porém cautelosas. São afirmações do tipo: “prefiro atividades que me tragam experiências novas mesmo que tenha que me esforçar mais” ou “sou uma pessoa curiosa”. O fator hiperemotividade refere-se à expressão das emoções, como por exemplo: “Me emociono com facilidade”. O fator assertividade faz referência a resolver o problema de forma direta, com expressão dos sentimentos de forma clara e objetiva, como na afirmação: “Não engulo sapos. Aos diretamente envolvidos, digo exatamente o que penso das pessoas e situações”. O fator

empatia aponta para a compreensão dos sentimentos dos outros, como na afirmação: “Posso colocar-me com facilidade no lugar de outras pessoas e experimentar como se sentem”. No fator satisfação no trabalho aborda o prazer e envolvimento da pessoa junto ao seu trabalho. Por exemplo: “Me preocupo e me identifico verdadeiramente com meu trabalho. Por fim, o fator competência emocional trata da expressão verbal dos próprios sentimentos, como na afirmação: “Posso expressar verbalmente meus sentimentos sem dificuldades”. Este instrumento apresentou boa qualidade psicométrica com alfas de Cronbach para as escalas de 0,78 para inovação e tenacidade, 0,78 para hiperemotividade, 0,67 para assertividade, 0,64 para empatia, 0,65 satisfação no trabalho, 0,66 competência emocional (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2008; Mota et al, 2006).

A Escala de Bem Estar Subjetivo de Albuquerque e Tróccoli (2004) compõe-se de 62 itens. Na primeira parte da escala, os itens vão do número 1 ao 47 e descrevem afetos positivos e negativos, devendo o sujeito responder como tem se sentido ultimamente numa escala em que 1 significa nem um pouco e 5 significa extremamente. Na segunda parte da escala, os itens vão do número 1 ao 15 e descrevem julgamentos relativos à avaliação de satisfação ou insatisfação com a vida, devendo ser respondidos numa escala onde 1 significa discordo plenamente e 5 significa concordo plenamente. Estes itens foram divididos em 3 fatores: afeto positivo com um alfa de Cronbach é de 0,95; afeto negativo com alfa de 0,95; satisfação com a vida versus insatisfação com a vida com alfa de 0,90. A variância explicada do constructo é de 44,1% e como os fatores são correlacionados, a soma total da variância explicada não corresponde à soma das variâncias explicadas por cada fator (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Na revisão teórica, Albuquerque e Tróccoli (2004) descrevem o afeto positivo como um prazer puro, num determinado momento que traz entusiasmo e vontade de agir. Apontam ainda que esse é um sentimento transitório ligado mais a um estado emocional do que a um processo cognitivo. Segundo estes autores, o afeto negativo refere-se a “um estado de distração e engajamento desprazível que também é transitório, mas que inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes” (p.154). A dimensão satisfação com a vida envolve julgamento cognitivo em que a pessoa avalia um domínio da própria vida, de acordo com critérios pessoais, que podem estar ligados a circunstâncias da vida do sujeito ou a um padrão ou modelo por ele eleito. Observa-se também neste instrumento de avaliação do bem-estar a divisão entre as dimensões que avaliam estado emocional (afeto positivo e negativo) e dimensões de avaliação cognitiva (satisfação e insatisfação com a vida).

O Inventário de Sintomas de Estresse de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) apresenta 30 itens afirmativos, numa frequência do tipo Likert, de 0 para “nunca”, 1 “raras vezes”, 2 “moderadamente”, 3 “frequentemente” até o 4 “assiduamente”, relativos aos sintomas referenciados na literatura como frequentes ou característicos de estresse no dia-a-dia. Estes itens agrupam-se formando as escalas: sintomas físicos (SF), por exemplo: dificuldade com sono, problemas gastrointestinais entre outros e sintomas psicológicos (SP) que vão desde sentir-se sem vontade de começar nada até estado de aceleração contínua. A consistência interna das dimensões apresentou alfa de Cronbach de 0,72 para SF; 0,85 para SP (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2002).

## **Procedimento**

Após ter sido avaliado e aprovado o projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa, protocolo N° 039/07, os participantes da pesquisa foram abordados pelo pesquisador responsável ou auxiliar de pesquisa, orientados sobre os objetivos e convidados a participar da mesma. Após aceitação, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicados os instrumentos na seguinte ordem: *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A); Inventário de Resiliência (IR); Escala Bem-Estar Subjetivo (EBES); Inventário de Sintomas de Estresse (ISE). Posteriormente, foi realizada a entrevista semi-estruturada.

## **Resultados**

A análise desta pesquisa foi realizada através do pacote estatístico para *Windows* SPSS versão 14.0.

Os resultados quanto às variáveis sócio-demográficas denotam que das 60 pessoas pesquisadas, 7 pessoas eram analfabetos (11,7%), 31 possuíam ensino fundamental incompleto (51,7%), 3 ensino fundamental completo (5%), 4 ensino médio incompleto (6,7%), 8 ensino médio completo (13,3%) e 7 participantes com ensino superior completo (11,7%). 60% da amostra são casados (36 pessoas), 11,7% viúvos (7), 6,7% amasiados (4), 16,7% separados (10) e 5% solteiros (3). 96,6% dos participantes possuem filhos e somente 3,3% não possuem filhos. 88,3% moram com a família e 11,7% moram sozinhos. 58,3% da

amostra são da religião católica, 33,3% evangélicos, 3,3% da religião espírita e da congregação cristã do Brasil respectivamente e 1,7% pertencem à religião testemunha de Jeová. Quanto ao trabalho, 33,3% dos participantes da pesquisa trabalham com remuneração, 31,7% não possuem trabalhos remunerados, 18,3% são aposentados e 16,7% estavam de licença médica do trabalho. 95% dos pacientes entrevistados relatam ter diagnóstico de câncer, 5% relatam outros diagnósticos para sua doença (HPV/infecção, ferida). De acordo com diagnóstico no prontuário, 31,7% dos pacientes apresentam câncer de mama, 16,7% câncer de próstata, 23,3% câncer de útero, 11,7% câncer de cabeça e pescoço, 5% câncer de cérebro, câncer de pele e intestino 3,3% cada e câncer de pulmão, reto e esôfago 1,7% cada um. Sobre as reações quando soube do diagnóstico, as respostas se dividiram em: 76,6% apresentaram abalo emocional (de desespero, de susto, de choro, de preocupação, de raiva, de tristeza, de idéia de morte, de surpresa, de pânico, de dor, de nervosismo, de medo ou ficou sem chão); 30% denotaram controle emocional, com respostas tais como: “não baqueou; não preocupou – procurou especialista; difícil, mas não desesperou; calma; nenhuma reação; tranquilo; normal; rejeitou a doença, não aceitou”. 6,6% focaram em aspectos positivos, como “esperança; Deus; vontade de fazer o tratamento; coragem”. O somatório das porcentagens nesta questão superam a 100%, uma vez que um participante emitiu mais de uma resposta.

Quanto à Radioterapia, 75% dos participantes entrevistados relataram algum conhecimento sobre o tratamento, enquanto 25% não sabiam dizer. Sobre o fato de ser informado sobre o tratamento de radioterapia e seus efeitos colaterais, 73,3% apontaram ter recebido informações e 26,7% não receberam nenhuma informação. Segundo os sujeitos ao serem perguntados sobre o que acham da radioterapia, 65% das respostas foram referentes a

aspectos positivos, tais como “é um tratamento maravilhoso, muito bom, faz muito bem, uma solução, confiável, uma esperança, um caminho para cura”, entre outras respostas. 26,6% relataram definição técnica como, por exemplo: “Luz que queima o tumor” ou “é um tratamento”. Entre as repostas, 3,4% fizeram referência negativa: “muito chato” ou “difícil”. O restante, 5%, não soube dizer nada a respeito do tratamento.

Com relação aos efeitos colaterais, 55% dos participantes relataram apresentar algum sintoma ou sinais no momento da coleta de dados. Entre eles, foram apontados: dor, tontura, tremor, vômito, diarreia, sonolência, inapetência, fraqueza, cansaço, alopecia, inchaço, náusea, enjoo, azia, flatulência, perda do paladar, perda de peso, coceira, ardor ao urinar, calor, queimaduras, irritação, mucosite, prisão de ventre, febre, escurecimento da pele, boca seca, cólica e entre os sintomas psicológicos, irritação, angústia e apatia. 45% não relataram efeitos colaterais no momento da entrevista. É importante ressaltar que essas reações são de acordo com a área a ser tratada, uma vez que a radioterapia é localizada, bem como os efeitos só vão aparecer, em média, após uma semana de tratamento.

**Tabela 1.** Descrição das respostas sobre o que ajuda a enfrentar a doença/tratamento:

<b>Porcentagem:</b>	<b>Categorias:</b>	<b>Descrição:</b>
51,6%	Rede de apoio social	Família, amigos, médicos, “conversar com alguém”, “apoio das pessoas”.
48,3%	Características individuais	“Talento próprio; coragem; ter saúde; força de vontade; amor; gostar de mim mesmo; vontade de viver; pensamento positivo; bom humor; amor a vida; paciência e tranquilidade; boa vontade;

46,7%	Religião	determinação; perspectiva de vida.”
5%	Outros	Deus, fé, Jesus Cristo. Trabalho, o próprio tratamento, fonte de informação (Internet, rádio, jornal).

Na tabela 1, são descritas as respostas dos participantes quando foram perguntados sobre o que os ajuda a enfrentar o câncer e o tratamento de radioterapia. Os dados apontam para maior porcentagem nas respostas associadas à rede de apoio social, principalmente a família, as características individuais e a religião, com enfoque maior em Deus. Além dessa pergunta, os sujeitos foram indagados sobre as pessoas que mais ajudam a enfrentar a doença/ tratamento. 90% das respostas foram relativas à família, seguidos de 16,6% sobre amigos e as demais respostas foram divididas em: prefeito, patrão e pessoas do trabalho (5%), equipe de saúde (5%), vizinhos (3,3%), outros pacientes (3,3%) e grupos de oração (1,6%).

**Tabela 2.** Médias e desvio padrão da escala de *coping* por sexo e geral.

Variáveis	Masculino	Feminino	Média total (M)	Desvio Padrão (DP)
	M (DP)	M (DP)		
<b>Estratégias de coping</b>				
Análise lógica	7,10 (3,42)	9,35 (3,63)	8,60	3,68
Reavaliação positiva	11,25 (3,46)	12,03 (2,63)	11,77	2,93
Busca de apoio	8,20 (4,00)	9,33 (3,39)	8,95	3,62
Resolução de problemas	7,30 (2,96)	10,05 (3,22)	9,13	3,37
Evitação Cognitiva	8,05 (3,37)	8,00 (4,05)	8,02	3,81
Aceitação Resignação	6,06 (3,52)	7,20 (3,01)	6,84	3,19
Busca de gratificação alternativa	5,60 (3,95)	6,90 (4,39)	6,47	4,26
Descarga emocional	3,05 (2,05)	5,25 (2,74)	4,52	2,84
Cri-Afrontamento	33,85 (10,46)	41,10 (8,35)	38,64	9,66
Cri-Evituação	23,39 (6,19)	27,35 (8,33)	26,12	7,89

Para avaliar o uso diferencial de estratégias de *coping*, os fatores da escala de resiliência, da escala de bem-estar subjetivo e da escala de sintomatologia de estresse entre

a amostra quanto ao sexo, utilizou-se a técnica de Kruskal-Wallis, devido ao número reduzido da amostra (N = 60). Os dados são apresentados na tabela 2.

Em linhas gerais, os pacientes em tratamento radioterápico referem um maior uso de Reavaliação Positiva (M = 11,77 e DP = 2,93) e Resolução de Problemas (M = 9,13 e DP = 3,37), e menor uso de Descarga Emocional (M = 4,52 e DP = 2,84), como forma de enfrentar seus problemas. Ainda em relação às estratégias de *coping*, os participantes relataram um uso superior de estratégias de aproximação (M = 38,64 e DP = 9,66), do que de evitação (M = 26,12 e DP = 7,89). Ao serem orientados para descrever uma situação problema, 76,7% dos participantes relataram a própria doença e 23,3% apontaram outros problemas, entre eles de relacionamento amoroso, morte ou separação da família, depressão, problemas financeiros, outras doenças na família e dificuldade para alimentar.

**Tabela 3.** Médias e desvio padrão dos fatores de resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse por sexo e geral.

Variáveis	Masculino	Feminino	Média total (M)	Desvio Padrão (DP)
	M (DP)	M (DP)		
<b>Fatores de Resiliência</b>				
Inovação e Tenacidade	26,90 (2,29)	28,23 (3,67)	27,78	3,31
Hiperemotividade	9,60 (2,19)	11,70 (1,71)	11,00	2,11
Assertividade	13,20 (2,39)	14,35 (2,73)	13,97	2,66
Empatia	9,85 (2,03)	11,15 (1,44)	10,72	1,75
Satisfação no Trabalho	15,50 (1,70)	16,05 (1,93)	15,87	1,86
Competência Emocional	7,25 (1,33)	7,03 (1,42)	7,10	1,38
<b>Fatores de Bem-Estar Subjetivo</b>				
Afeto Positivo	64,50 (13,14)	65,38 (16,94)	65,08	15,66
Afeto negativo	43,05 (16,07)	56,48 (21,52)	52,00	20,74
Satisfação com a vida	31,85 (4,23)	28,25 (6,40)	29,45	5,97
Insatisfação com a vida	17,60 (4,17)	20,35 (4,81)	19,43	4,75
<b>Fator de Sintomas de Estresse</b>				
Sintomas Físicos	9,89 (4,24)	12,56 (6,54)	11,69	5,98
Sintomas Psicológicos	10,11 (8,41)	18,97 (11,22)	16,13	11,13

No Inventário de Resiliência observa-se que a média do fator inovação e tenacidade na pesquisa com pacientes oncológicos foi a maior (M = 27,78 e DP = 3,31), seguido pelo

fator satisfação no trabalho com média ( $M = 15,87$  e  $DP = 1,86$ ), entretanto competência emocional obteve a menor média ( $M = 7,10$  e  $DP = 1,38$ ). Estes dados nos informam que neste estudo, os pacientes oncológicos parecem enfatizar mais a inovação e tenacidade e satisfação no trabalho em detrimento da competência emocional.

Na Escala de Bem-Estar Subjetivo os participantes informaram mais afeto positivo e, portanto, obter maior satisfação com a vida do que afeto negativo e conseqüentemente, menos insatisfação com a vida.

Em relação ao Inventário de Sintomas de Estresse, os participantes revelaram maior pontuação para Sintomas Psicológicos ( $M = 16,13$  e  $DP = 11,13$ ) em relação aos Sintomas Físicos ( $M = 11,69$  e  $DP = 5,98$ ).

### **Discussão**

No Inventário de Resiliência observa-se que os pacientes oncológicos parecem enfatizar mais a inovação e tenacidade e satisfação no trabalho em detrimento da competência emocional. Quase todas médias desta pesquisa foram similares aos dados apontados por Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008), com exceção do fator satisfação no trabalho, que a média encontrada nesta investigação foi superior ao encontrado no trabalho supra-citado. Entretanto, estes dados diferem aos achados de Mota et al. (2006), ao pesquisar estresse e resiliência em doença de Chagas. Estes autores apontam baixo índice de resiliência na população investigada e principalmente baixa média no fator inovação e tenacidade. Segundo Mota et al. (2006), entre os possíveis fatores explicativos encontram-se o nível educacional, a situação de trabalho e o fato de que a doença interfere na vida atual do indivíduo. Na pesquisa realizada com pacientes oncológicos em radioterapia, 11,7% não eram alfabetizados. Apesar deste dado ser alto em

relação ao nível educacional, a doença de Chagas está associada a condições econômicas e sociais de pobreza, enquanto o câncer não possui, necessariamente, esta caracterização uma vez que a doença pode ser detectada em várias camadas sociais.

Em relação ao estado civil, a maioria é casada, possuem filhos e moram com a família. Todos os participantes da pesquisa possuem religião. Teles (2005); Paludo e Koller (2005); Melillo e Ojeda (2005); Pesce et al. (2005) e Peres et al. (2005) apontam o apoio social, entre eles a família, a fé, a religião, o afeto e o vínculo como fatores importantes para a resiliência. Os dados sócio-demográficos relatados denotam a existência desta rede de apoio, cuja qualidade não foi avaliada neste estudo. Entretanto, pode-se postular que estes poderiam ser fatores de proteção, uma vez que a rede de apoio social e a religião foram apontadas como os principais fatores para o enfrentamento das adversidades por este grupo pesquisado.

Referente ao trabalho, os participantes da pesquisa estão igualmente divididos em trabalho com remuneração e não possuem trabalho remunerado. Um grupo menor de pacientes são aposentados ou estavam de licença médica do trabalho. Segundo Mota et al (2006), a doença é um fator limitante para o trabalho e aposentadoria precoce, entretanto os resultados apontam que para os sujeitos investigados a satisfação no trabalho parece ser um aspecto importante no suporte emocional do paciente com câncer.

Quanto ao conhecimento do diagnóstico de câncer, somente um participante da pesquisa relata não saber. Os efeitos colaterais do tratamento também são conhecidos pela maioria. Estes dados coincidem com o estudo de Lorencetti e Simonetti (2005) que apontam o câncer como um desencadeante de impacto psicológico pautado na dor, progressiva mutilação e morte. O impacto do diagnóstico de doenças crônicas foi estudado

por Kübler-Ross (1998), que descreve as fases de negação, de barganha, da raiva, da depressão e da aceitação como um processo de assimilação psicológica. A única participante da pesquisa que relatou desconhecer o diagnóstico parece estar na fase de negação, uma vez que a mesma já havia submetido à cirurgia e durante a coleta de dados foi registrado que esta participante fez menção de não desejar saber mais sobre o diagnóstico e assim seria, segundo relato da mesma, uma forma de lidar melhor com o tratamento, porém esta paciente relatou conhecimento dos efeitos colaterais da radioterapia.

Conforme os dados obtidos no inventário de *coping*, os pacientes em tratamento radioterápico referem um maior uso de Reavaliação Positiva e Resolução de Problemas e menor uso de Descarga Emocional, portanto maior uso de estratégias de aproximação do que evitação.

Estes resultados coincidem com os achados de Heim et al., (1997), Lisboa et al. (2002), Schroevers, Kraaij, Garnefski (2008) e Sehgal et al. (2008), que abordam o uso das formas de enfrentamento de aproximação, voltadas para o problema, auxiliando na adaptação psicossocial, enquanto que o *coping* de evitação (negação e fuga) interfere negativamente nesta adaptação, além de fatores como a rede de apoio social, que foca nos aspectos positivos, e que também são discutidos por estes pesquisadores.

De forma geral, os pacientes investigados em nosso estudo apresentam-se adaptados e conscientes da doença e do tratamento. Apesar dos efeitos colaterais e problemas de outra ordem, tais como complicações nos relacionamentos interpessoais, dificuldades financeiras, dor, entre outros, percebe-se, pelos resultados obtidos e durante a própria coleta de dados nos relatos apresentados, que os pacientes buscam diversas formas para lidar com as situações estressoras e com isto superar as adversidades.

Para a Psicologia da Saúde, os dados fornecem informações importantes ao apontar que as estratégias de aproximação, focadas no problema, podem estar relacionadas ao ajustamento emocional e bem-estar subjetivo. Com isto, o psicólogo que atua nesta área deve focar sua ação terapêutica na orientação e manutenção do paciente para as estratégias de aproximação (reavaliação positiva, busca de apoio, resolução de problemas) e menos estratégias de evitação, focadas na emoção (evitação cognitiva, aceitação/resignação, busca de gratificação alternativa e descarga emocional). A estratégia de aproximação do tipo análise lógica na análise estatística parece denotar menor bem-estar subjetivo, portanto a utilização dessa estratégia pode causar maior desconforto emocional. Ao focar mais nas estratégias de aproximação, não estamos contra indicando que os aspectos emocionais do paciente não devem ser considerados na ação terapêutica, mas que a escuta das emoções, através do apoio psicológico, pode promover o bem-estar do paciente e, com isto, abrir campo para o terapeuta direcionar a ação destes rumo a estratégias de *coping* mais adaptativas.

A partir destes dados pode-se hipotetizar que os benefícios das técnicas mais focais utilizadas por Psicólogos em suas intervenções em situações de estresse, como o relaxamento e controle de respiração, a visualização e a experiência emocional corretiva, entre outras podem auxiliar o paciente no enfrentamento das adversidades, no controle emocional e orientá-lo em direção às estratégias de aproximação.

Neste sentido, esta pesquisa pode contribuir para ampliar as discussões sobre esse tema, entretanto pode-se perceber que o inventário de resiliência ainda carece de novas reavaliações por apresentar lacunas na identificação desse processo. Portanto, sugerem-se novos estudos, com populações maiores, com a finalidade de dar continuidade a estas reflexões.

### CAPÍTULO III

#### **Resiliência: análise das estratégias de *coping* de pacientes em tratamento radioterápico.**

#### **RESUMO**

Este estudo visa analisar as estratégias de *coping* e suas relações com estresse, processos de resiliência e bem-estar subjetivo em pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. A amostra constituiu-se de 60 pessoas, com idades entre 26 a 82 anos (20 homens e 40 mulheres). Foram aplicadas as escalas de Bem-Estar Subjetivo, Inventário de Resiliência e de Sintomas de Estresse e *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI-A). Os resultados apontam que o uso de estratégias de *coping* diretas ou focadas no problema está associado a índices mais elevados de resiliência e afetos positivos, enquanto o uso de estratégias de evitação ao problema pode levar a maior percepção de afetos negativos, como também a um menor relato de afetos positivos. Conclui-se que as estratégias de *coping* podem interferir no bem-estar subjetivo e estabelecer relações significativas com fatores de resiliência em pacientes oncológicos em radioterapia.

Palavras Chaves: Câncer, radioterapia, resiliência, *coping*, bem-estar subjetivo.

**Resilience : A study of coping's strategy in patients in radiotherapeutic treatment.****ABSTRACT**

This study wants to analyze the strategies of coping and their connection with stress, resilience process and subjective well-being. The inquiry was composed of 60 people with cancer going through radiotherapy, age between 26 to 82 years old, both sex. The tools used were: the Subjective Well-Being Scale, the Resilience and the Stress Symptoms Inventory and the Coping Response Inventory – Adult Form (CRI-A). The results proved that the usage of coping strategies that search for real solution to the problems is associated with rates of higher level of resilience as well as the usage of strategies that try to avoid the problem can lead to a better understanding of the negative affection and also a lower report of positive affection. The patients who faced their problems through the direct facing strategies seem to show more positive affection. The conclusion is that the coping strategies can interfere in the subjective well-being and establish important connection with resilience factors.

Key Words: Cancer, radiotherapy, resilience, coping, subjective well-being

Os estudos sobre resiliência iniciaram há mais de trinta anos, quando este era compreendido como características inatas para resistir e superar os estressores, ter imunidade e não virar vítima (Grünspun, 2003).

Assis, Pesce e Avanci (2006) apontam que o conceito de resiliência começou a ser estudado com mais afinco pela psicologia e psiquiatria designando a capacidade da pessoa de resistir às adversidades, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos. Resiliência é a força necessária para a saúde mental estabelecer-se durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. Tal exposição pode tornar a pessoa vulnerável no confronto com as adversidades. Assim, entram em cena os fatores de proteção, que são constituídos com o intuito de formar um anteparo e proteger a pessoa das situações de estresse.

De acordo com Rutter (1987), os fatores de risco são as situações estressantes da vida, entre elas a pobreza, as perdas afetivas, as enfermidades, o desemprego, as guerras, as calamidades, etc. Para este autor, os fatores de proteção são as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta a um resultado não adaptativo.

Costa e Assis (2006) descrevem que os fatores protetores são: fortalecimento de vínculos, relacionamentos emocionais positivos; autonomia que implica em autodeterminação, a auto-imagem positiva, comportamento pró-social e projeto de vida. Com isto, visa a desenvolver a capacidade para resistir à destruição e se reconstruir perante

as adversidades. Mota, Benevides-Pereira, Gomes e Araújo (2006) acrescentam ainda a crença ou religião, o favorecimento da comunicação e colaboração de problemas.

Pesce et al. (2005) relatam correlação significativa entre resiliência com constructos como: auto-estima, apoio social, satisfação na vida, saúde física e baixo nível de depressão, sensação de bem estar e habilidade de lidar com problemas. Estes autores, na revisão teórica, referem à Máster e Garnezy (1984) e apontam que os estudos sobre resiliência em crianças apresentam três variáveis como fatores de proteção: a. características de personalidade, como auto-estima, flexibilidade, habilidade para resolução de problemas; b. coesão e bom relacionamento com a família e c. disponibilidade de suporte externo como a escola, grupo de pares, comunidade, que reforce as estratégias de *coping* para lidar com eventos estressores.

O *coping* resulta de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas ou externas à pessoa diante de situações de estresse e que são percebidos por esta como desafios diante dos próprios recursos (Lazarus & Folkman, 1984). Estes autores apontam que as situações de estresse são analisadas pelo indivíduo como uma ameaça ao seu equilíbrio e assim, para superar este perigo a pessoa utiliza-se do *coping* com vistas a restabelecer seu bem-estar.

Costa e Pereira (2007), em revisão teórica, apontam que bem-estar subjetivo ora é conceituado como felicidade, prazer ou satisfação com a vida, ora é compreendido como “qualidade de vida percebida” ou como afeto positivo e afeto negativo. Para estes autores, há uma linha conceitual que considera bem-estar subjetivo como satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo, entretanto para outros autores, deve-se considerar a auto-

aceitação, as relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, razão de viver e crescimento pessoal. No entanto, várias pesquisas sobre *coping* têm sido realizadas com intuito de compreender como as pessoas superam adversidades com a finalidade de manter ou recuperar seu bem-estar.

Gimenez (1997), por exemplo, ao pesquisar 120 mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia, aponta segundo os resultados que o bem-estar psicológico foi predito pelas seguintes variáveis: focalizar no aspecto positivo, coesão familiar, autculpa, redução de tensão e complicações de saúde. Os resultados demonstram ainda que mulheres com altos níveis de bem-estar psicológico tinham famílias coesas e focalizavam nos aspectos positivos frente à mastectomia. Entretanto, complicações de saúde e o uso de *coping* como a autculpa e redução de tensão para lidar com a doença indicaram baixos níveis de bem-estar psicológico. Este estudo denota uma interação entre aspectos intrínsecos (focar nas positivities, traço de personalidade) e aspectos extrínsecos (rede de apoio social) que resultam em melhor bem-estar, enquanto que uma pessoa centrada em si mesma, se responsabilizando pelo evento estressor, há uma tendência à redução do bem-estar psicológico.

Heim, Valach e Schaffner (1997), em outro estudo, ao analisar 74 pacientes com câncer de mama, observadas num período de 3 a 5 anos com 3 a 6 meses de intervalo, apontam que o relacionamento interpessoal positivo e as forma de enfrentamento de aproximação, voltadas para o problema, auxiliam na adaptação psicossocial através do suporte social e auto-controle, e enquanto que o *coping* de evitação (negação e fuga) interfere negativamente nesta adaptação. Este estudo assemelha-se à pesquisa de Gimenez (1997) quanto à importância da combinação de fatores internos e externos para promoção

do bem-estar. Entretanto, esta pesquisa aponta para o uso de estratégias de aproximação voltadas para o problema como melhor forma de adaptação.

Pesquisas com populações diferentes parecem apontar na mesma direção como as de Zanini, Forns e Kirchner (2005), que descrevem que estratégias de *coping* de aproximação ou que focalizam o problema estão positivamente relacionadas com o estado de saúde e o bem-estar, em oposição às estratégias evitativas ou focadas na emoção relacionadas às condutas psicopatológicas ou ao aumento de relatos de mal-estar psicológico em adolescentes.

Assim como a pesquisa de Lisboa et al. (2002), com 87 crianças divididas em dois grupos vítimas e não vítimas de violência observam que as estratégias evitativas tendem a dificultar o desenvolvimento saudável. As estratégias que visam enfrentar e solucionar o problema são mais adaptativas e funcionais. Para os participantes desta pesquisa que utilizaram estas estratégias de enfrentar e solucionar o problema observou-se a presença de sentimentos positivos, bem-estar, alívio e felicidade após a resolução do problema.

Desta forma, com a finalidade de investigar as formas de enfrentamento do paciente com câncer em tratamento radioterápico, o presente estudo pretende analisar a relação entre o uso de estratégias de *coping*, resiliência e auto-relato de bem-estar subjetivo na adaptação e superação das adversidades nestes pacientes.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram deste estudo 60 pessoas, sendo 40 (66,70%) do sexo feminino e 20 (33,3%) do sexo masculino, com diagnóstico de câncer e em tratamento radioterápico em um hospital especializado no tratamento de câncer. As idades variaram entre 26 a 82 anos de idade (M = 52, DP = 13,25). Quanto ao número de aplicações de radioterapia os participantes estavam entre a quarta e a trigésima quinta aplicação.

### **Instrumentos**

Para este estudo foram utilizados o *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A), o Inventário de Resiliência, de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008), a Escala Bem-Estar Subjetivo, de Albuquerque e Tróccoli (2004), o Inventário de Sintomas de Estresse, de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002).

O CRI – A de Moos (1993) mede oito tipos de estratégias de *coping*, que se agrupam em três partes: 1ª) o participante da pesquisa descreve uma situação estressante que vivenciou nos últimos 12 meses; 2ª) o sujeito avalia 10 perguntas sobre os seguintes temas experiência prévia, prejuízos, responsabilidade do evento estressante; 3ª) e, por fim, responde a 48 perguntas sobre comportamentos que utiliza ao enfrentar um problema. Estas perguntas são respondidas de acordo com quatro alternativas de tipo likert, e as respostas se agrupam posteriormente por meio da adição direta dos itens nas oito escalas de estratégias de coping.

O CRI – A possibilita classificar o conjunto de estratégias de *coping* segundo o foco em estratégias de aproximação e de evitação a situações estressantes. Assim, o CRI-A mede os esforços cognitivos e comportamentais dos indivíduos ao enfrentarem um problema de forma direta (*coping* de aproximação) medidos por quatro fatores: análise lógica,

reavaliação positiva, busca de apoio e resolução de problemas; ou indireta (*coping* de evitação) também medidos em quatro fatores: evitação cognitiva, aceitação/resignação, busca de gratificação alternativa e descarga emocional (Moos, 1993). O instrumento apresenta boa qualidade psicométrica em sua versão original com alphas entre 0,58 e 0,72. Na versão brasileira, estudos preliminares com a população de estudantes universitários e trabalhadores em geral, além de grupos de pacientes crônicos e com transtornos psiquiátricos leves, apontaram uma consistência interna entre 0,55 e 0,59 para as escalas diretas e 0,80 e 0,77 para as escalas de aproximação e evitação, respectivamente.

O Inventário de Resiliência de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008) se constitui de 40 itens que expressam ações ou atitudes afirmativas e os participantes assinalam numa escala de 1 a 5, se estão totalmente em desacordo (1), em desacordo (2), nem de acordo, nem em desacordo (3), de acordo (4), e totalmente de acordo (5). Estes itens foram agrupados em 6 fatores: inovação e tenacidade, hipermotividade, assertividade, empatia, satisfação no trabalho e competência emocional. Este instrumento apresentou boa qualidade psicométrica com alfas de Cronbach para as escalas de 0,78 para inovação e tenacidade, 0,78 para hipermotividade, 0,67 para assertividade, 0,64 para empatia, 0,65 satisfação no trabalho, 0,66 competência emocional (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2008; Mota et al, 2006).

A Escala de Bem-Estar Subjetivo de Albuquerque e Tróccoli (2004) compõe-se de 62 itens. Na primeira parte da escala, os itens vão do número 1 ao 47 e descrevem afetos positivos e negativos, devendo o sujeito responder como tem se sentido ultimamente numa escala em que 1 significa nem um pouco e 5 significa extremamente. Na segunda parte da escala, os itens vão do número 1 ao 15 e descrevem julgamentos relativos à avaliação de

satisfação ou insatisfação com a vida, devendo ser respondidos numa escala onde 1 significa discordo plenamente e 5 significa concordo plenamente. Estes itens foram divididos em 3 fatores: afeto positivo com um alfa de Cronbach é de 0,95; afeto negativo com alfa de 0,95; satisfação com a vida versus insatisfação com a vida com alfa de 0,90. A variância explicada do constructo é de 44,1% e como os fatores são correlacionados, a soma total da variância explicada não corresponde à soma das variâncias explicadas por cada fator (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O Inventário de Sintomas de Estresse (ISE), de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) é constituído de 30 itens afirmativos, numa frequência do tipo Likert, de 0 para “nunca”, 1 “raras vezes”, 2 “moderadamente”, 3 “frequentemente” até o 4 “assiduamente”, relativos aos sintomas referenciados na literatura como frequentes ou característicos de estresse no dia a dia. Estes itens agrupam-se formando as escalas: sintomas físicos (SF) e sintomas psicológicos (SP). A consistência interna das dimensões apresentou alfa de Cronbach de 0,72 para SF e 0,85 para SP (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2002).

### **Procedimento**

Após ter sido avaliado e aprovado o projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa, protocolo N<sup>o</sup> 039/07, os participantes da pesquisa foram abordados pelo pesquisador responsável ou auxiliar de pesquisa, orientados sobre os objetivos e convidados a participar da mesma. Após aceitação, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente num grupo de pacientes em tratamento radioterápico e aplicados os instrumentos na seguinte ordem: *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A); Inventário de Resiliência; Escala Bem-Estar Subjetivo; Inventário de Sintomas de Estresse. O tempo de aplicação dos instrumentos variou segundo condições médicas dos participantes. Em geral, o tempo médio de aplicação foi de 2 horas.

## Resultados

A análise desta pesquisa foi realizada através do pacote estatístico para *Windows* SPSS versão 14.0. Para avaliar o uso diferencial de estratégias de *coping*, os fatores da escala de resiliência, da escala de bem-estar subjetivo e de sintomas de estresse quanto ao sexo, utilizou-se a técnica de Kruskal-Wallis, devido ao número reduzido da amostra (N=60). Os dados são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Descritivos de *coping*, resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse.

Variável	Sexo		Z	P <
	Masculino M (DP)	Feminino M (DP)		
<b>Estratégias de coping</b>				
Análise lógica	7,10 (3,42)	9,35 (3,63)	-2,36	0,02**
Resolução de problemas	7,30 (2,96)	10,05 (3,22)	-3,08	0,02**
Descarga emocional	3,05 (2,05)	5,25 (2,74)	-2,96	0,00**
Cri-Afrontamento	33,85(10,46)	41,10 (8,35)	-2,56	0,01**
<b>Fatores de Resiliência</b>				
Hiperemotividade	9,60 (2,19)	11,70 (1,71)	-3,49	0,00**
Empatia	9,85 (2,03)	11,15 (1,44)	-2,30	0,02**
<b>Fatores de Bem-Estar Subjetivo</b>				
Afeto negativo	43,05 (16,07)	56,48 (21,52)	-2,24	0,02**
Satisfação com a vida	31,85 (4,23)	28,25 (6,40)	-2,21	0,03**
Insatisfação com a vida	17,60 (4,17)	20,35 (4,81)	-2,24	0,02**
<b>Fator de Sintomas de Estresse</b>				
Sintomas	10,11 (8,41)	18,97 (11,22)	-2,98	0,00**

Segundo se observa na tabela 1, as mulheres relataram um uso superior das estratégias de análise lógica ( $Z=-2,36$  e  $p=0,02$ ), resolução de problemas ( $Z=-3,08$  e  $p=0,02$ ) e descarga emocional ( $Z=-2,96$  e  $p=0,00$ ).

No Inventário de Resiliência observa-se que os fatores da escala que apresentaram resultados significativos foram hiperemotividade ( $Z=-3,49$  e  $p=0,00$ ) e empatia ( $Z=-2,30$  e  $p=0,02$ ) enquanto na Escala de Bem-Estar Subjetivo o afeto negativo ( $Z=-2,24$  e  $p=0,02$ ), satisfação com a vida ( $Z=-2,21$  e  $p=0,03$ ) e insatisfação com a vida ( $Z=-2,24$  e  $p=0,02$ ) foram significativos, sendo que as mulheres referem mais afeto negativo e insatisfação com a vida enquanto os homens referem mais satisfação com a vida.

Em relação ao Inventário de Sintomas do Estresse, o estudo de comparação de médias segundo o sexo (tabela 1) revelou que são as mulheres que relatam mais sintomas psicológicos em comparação aos homens ( $Z=-2,98$  e  $p=0,00$ ).

Para avaliar a relação entre as variáveis analisadas procedeu-se um estudo correlacional de Pearson. Os dados são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2.** Análise de correlação de Pearson entre *coping*, resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse.

<i>Coping</i>	Resiliência					Bem-Estar Subjetivo					Sintomas de estresse	
	IT	He	A	E	ST	CE	AP	AN	SCV	ICV	SF	SP
AL								.390**		.348**		.449**
RP					.311*		.467**		.291*			
BA					.381**		.350**					
PS							.492**					
EC								.329*				.281*
AR							-.307*	.271*	-.272*	.421**		.367*
BGA							.371**				-.266**	
DE		.327*						.404**	-.261*	.407**		.387**

\*Correlação significativa a 0.05 (2-tailed). \*\*Correlação significativa a 0.01 (2-tailed).

AL = Análise lógica; RP = Reavaliação positiva; BA = Busca de apoio; PS = Resolução de problemas; EC = Evitação Cognitiva; AR = Aceitação Resignação; BGA = Busca de gratificação alternativa; DE = Descarga emocional. IT = Inovação e Tenacidade; He = Hiperemotividade; A = Assertividade; E = Empatia; ST = Satisfação no Trabalho; CE = Competência Emocional. AP = Afeto Positivo; AN = Afeto Negativo; SCV = Satisfação com a Vida; ICV = Insatisfação com a Vida. SF = Sintomas Físicos; SP = Sintomas Psicológicos.

De acordo com a análise de correlação de Pearson, podemos observar que quanto mais o participante da pesquisa utiliza estratégia de *coping* análise lógica, mais afeto negativo ( $r=0,390$ ;  $p=0,002$ ), insatisfação com a vida ( $r=0,348$ ;  $p=0,006$ ) foram relatados, assim como mais sintomas psicológicos ( $r=0,449$ ;  $p=0,001$ ). Portanto, o uso de estratégias de enfrentamento do tipo análise lógica parece desencadear maior desconforto quanto ao bem-estar subjetivo e maior sintomas de estresse com características psicológicas.

Pode-se notar que a reavaliação positiva se relaciona com satisfação no trabalho ( $r=0,311$ ;  $p=0,016$ ), com afeto positivo ( $r=0,467$ ;  $p=0,000$ ) e com satisfação com a vida ( $r=0,291$ ;  $p=0,024$ ), enquanto que a estratégia análise lógica parece resultar em maior desconforto psicológico. As estratégias que envolvem reavaliação positiva apresentam resultados mais positivos quanto ao bem-estar subjetivo e satisfação no trabalho.

Quanto mais se utiliza estratégia de busca de apoio, mais se denota satisfação no trabalho ( $r=0,381$ ;  $p=0,003$ ) e afeto positivo ( $r=0,350$ ;  $p=0,007$ ). A estratégia de *coping* resolução de problema se correlaciona com afeto positivo ( $r=0,492$ ;  $p=0,000$ ); enquanto que evitação cognitiva se correlaciona com afeto negativo ( $r=0,329$ ;  $p=0,010$ ) e com sintomas psicológicos ( $r=0,281$ ;  $p=0,036$ ). Enquanto busca de apoio e resolução de problema se relaciona com melhor qualidade do bem-estar subjetivo, a evitação cognitiva parece desenvolver mal-estar subjetivo com conseqüências psicológicas para os sintomas de estresse.

Quanto mais os sujeitos utilizaram estratégia de aceitação/resignação, menos se observa o afeto positivo ( $r=-0,307$ ;  $p=0,019$ ) e menos satisfação com a vida ( $r=-0,272$ ;  $p=0,039$ ), mais se pode notar o afeto negativo ( $r=0,271$ ;  $p=0,040$ ), a insatisfação com a vida ( $r=0,421$ ;  $p=0,001$ ) e os sintomas psicológicos ( $r=0,367$ ,  $p=0,006$ ). A estratégia de *coping* busca de gratificação alternativa se relaciona positivamente com afeto positivo ( $r=0,371$ ;  $p=0,003$ ) e inversamente com sintomas físicos ( $r=-0,266$ ;  $p=0,043$ ).

Descarga emocional parece relacionar com o aumento dos fatores hiperemotividade ( $r=0,327$ ,  $p=0,011$ ), afeto negativo ( $r=0,404$ ;  $p=0,01$ ), insatisfação com a vida ( $r=0,407$ ;  $p=0,001$ ) e sintomas psicológicos ( $r=0,387$ ;  $p=0,003$ ), e diminuir em relação ao fator satisfação com a vida ( $r=-0,261$ ;  $p=0,044$ ). Aceitação/resignação e descarga emocional também são estratégias de enfrentamento que podem resultar em afetos negativos e menor

satisfação com a vida, resultando em aparecimento de sintomas de estresse psicológicos. Veja dados na tabela 2.

Inovação e tenacidade, empatia e competência emocional, fatores de resiliência, não se correlacionaram, neste estudo, com os fatores de *coping*.

Para avaliar a relação existente entre o conjunto das estratégias de *coping* (afrontamento e evitação) e os fatores de resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse, foi realizada a análise de regressão linear com a finalidade de verificar os dados em níveis explicativos conforme tabela 3.

**Tabela 3.** Regressão linear<sup>(1)</sup> aplicada às estratégias de *coping*, fatores da escala de resiliência e fatores da escala de bem-estar subjetivo.

<b>Estratégia de coping</b>	<b>Beta</b>	<b>p&lt;</b>
<b>Resiliencia: Inovação e Tenacidade</b>		
Cri-Afrontamento	0,345	0,017
Cri-Evituação	-0,094	0,502
Coefficiente de regressão	R = 0,323	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,104; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,070	
Teste estatístico	F = 3,076; p = 0,054	
<b>Resiliencia: Satisfação no Trabalho</b>		
Cri-Afrontamento	0,087	0,005
Cri-Evituação	-0,015	0,654
Coefficiente de regressão	R = 0,382	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,146; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,114	
Teste estatístico	F = 4,607; p = 0,014	
<b>Bem-Estar Subjetivo: Afeto Positivo</b>		
Cri-Afrontamento	0,941	0,000
Cri-Evituação	-0,569	0,030
Coefficiente de regressão	R = 0,492	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,242; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,214	
Teste estatístico	F = 8,615; p = 0,001	
<b>Bem-Estar Subjetivo: Afeto Negativo</b>		
Cri-Afrontamento	-0,228	0,494
Cri-Evituação	0,982	0,010
Coefficiente de regressão	R = 0,344	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,119; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,086	
Teste estatístico	F = 3,632; p = 0,033	
<b>Bem-Estar Subjetivo: Insatisfação com a Vida</b>		
Cri-Afrontamento	-0,029	0,705
Cri-Evituação	0,245	0,005
Coefficiente de regressão	R = 0,380	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,144; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,112	
Teste estatístico	F = 4,588; p = 0,015	
<b>Sintomas de Estresse: Sintomas Psicológicos</b>		
Cri-Afrontamento	-0,010	0,957
Cri-Evituação	0,447	0,032
Coefficiente de regressão	R = 0,315	
Variância explicada	R <sup>2</sup> = 0,100; R <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> = 0,064	
Teste estatístico	F = 2,763; p = 0,073	

(1) Apenas os dados estatisticamente significativos são apresentados;

(2) Variável dependente: Inovação e tenacidade, satisfação no trabalho, afeto positivo, afeto negativo e insatisfação com a vida, sintomas psicológicos.

Conforme demonstrado na tabela 3, percebe-se que para os pacientes em radioterapia, as estratégias de enfrentamento a problemas podem explicar algumas características da resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse.

O uso de estratégias de *coping* do tipo enfrentamento direto explica um total de 7% da variância para a manifestação de inovação e tenacidade ( $p=0.05$ ), e 11% da variância de satisfação no trabalho ( $p=0.01$ ). Deste modo, podemos postular que para o paciente em tratamento radioterápico, o uso de estratégias de *coping* que buscam a solução direta do problema estão associadas a índices mais elevados de resiliência em termos de inovação e tenacidade, assim como relacionados a contextos de trabalho.

Por outro lado, as estratégias de *coping* parecem influenciar também o afeto dos indivíduos em radioterapia explicando um total de 21% da variância dos afetos positivos e 8% dos afetos negativos. Contudo, a explicação dos afetos positivos está dividida entre as estratégias de enfrentamento direto ( $R^2=0,242$ ;  $p=0,000$ ) e estratégias de evitação ( $R^2=0,242$ ;  $p=0,030$ ), enquanto que os afetos negativos podem ser explicados pelas estratégias de evitação ( $R^2=0,119$ ;  $p=0,010$ ). Assim, podemos dizer que o uso de estratégias de evitação ao problema pode levar não só a maior percepção de afetos negativos como também a uma menor percepção de afetos positivos, enquanto que os pacientes que enfrentam seus problemas por meio de estratégias de enfrentamento direto parecem perceber mais afetos positivos.

Por fim, as estratégias de evitação a problemas parecem também explicar a insatisfação com a vida ( $R^2=0,144$ ;  $p=0,005$ ) e marginalmente a manifestação de sintomas psicológicos ( $R^2=0,100$ ;  $p=0,032$ ).

### **Discussão**

As médias consideradas com graus de significâncias apresentadas para as frequências das estratégias de *coping*, entre os grupos do sexo masculino e feminino, foram similares

aos dados apresentados na pesquisa por Moos (1993). Estes dados, além de serem concordantes com os dados apresentados por este autor, denota que as mulheres apresentam médias maiores do que os homens nas estratégias de análise lógica, resolução de problemas e descarga emocional, sendo esta última uma diferença maior na média. O fato do número de mulheres pesquisadas serem superior ao dos homens parece não ter interferido nestes resultados, uma vez que os estudos sobre *coping* têm reforçado estes dados, assim como na pesquisa de Moos (1993).

Quanto ao instrumento de sintomas de estresse, os sintomas psicológicos apresentam serem significativos entre grupos. A amostra do sexo feminino aponta média bem maior de sintomas psicológicos do que a amostra masculina, o que indica que as mulheres, neste grupo analisado, podem apresentar maior grau de vulnerabilidade ao estresse em detrimento do sofrimento psicológico do que o grupo de homens.

Bergelt et al. (2008), Mota et al. (2006) e Sehgal et al. (2008) apresentam resultados similares em suas pesquisas quanto ao predomínio de sintomas psicológicos de estresse nas mulheres. Nestes estudos, as pacientes com câncer de mama reportam maior efeito colateral, fadiga e problemas de sono do que os pacientes com câncer de próstata. Entretanto, durante o tratamento de radiação, os dois grupos apontam efeitos negativos do estresse e dor. Porém, as pacientes com câncer de mama parecem recuperar mais lentamente quando consideramos o funcionamento geral e emocional relativos à qualidade de vida, segundo Bergelt et al. (2008).

Em nosso estudo, os dados também apontam para o aparecimento maior de sintomas psicológicos de estresse nas mulheres pesquisadas, porém percebe-se que as mesmas

também buscam mais estratégias de *coping* para superar os problemas, principalmente as estratégias de aproximação.

Heim, Valach e Schaffner (1997) apontam que o relacionamento interpessoal positivo e as formas de enfrentamento de aproximação, voltadas para o problema, auxiliam na adaptação psicossocial através do suporte social e autocontrole, porém o *coping* de evitação (negação e fuga) interfere negativamente nesta adaptação. Este estudo assemelha-se à pesquisa de Gimenez (1997) quanto à importância da combinação de fatores internos e externos para promoção do bem-estar. Essa pesquisa aponta também para o uso de estratégias de aproximação, voltadas para o problema, como melhor forma de adaptação.

Algumas pesquisas descrevem que estratégias de *coping* de aproximação ou que focalizam o problema estão positivamente relacionados com o estado de saúde e o bem-estar. Em oposição, as estratégias evitativas ou focadas na emoção dificultam o desenvolvimento saudável e pode desencadear condutas psicopatológicas ou aumento de relatos de mal-estar psicológico (Lisboa et al., 2002; Zanini, Forns & Kirchner, 2005).

Assim, podemos dizer que o uso de estratégias de evitação ao problema leva não só a um maior relato de afetos negativos como a uma menor percepção de afetos positivos, enquanto que os pacientes que enfrentam seus problemas por meio de estratégias de enfrentamento direto denotam mais afetos positivos. Por fim, as estratégias de evitação a problemas parecem também explicar a insatisfação com a vida e marginalmente a manifestação de sintomas psicológicos.

Em relação ao estudo correlacional, observa-se que a aceitação/resignação e descarga emocional também são estratégias de enfrentamento que estão associadas com afetos

negativos e menor satisfação com a vida, resultando em aparecimento de sintomas de estresse psicológicos. Já as formas de enfrentamento através da busca de gratificação alternativa associam-se com um maior auto-relato de afeto positivo e menor probabilidade de surgimento de sintomas físicos para sintomas de estresse.

Inovação e tenacidade, embora não relacionem com a forma de enfrentamento do problema, denotam maior assertividade e satisfação no trabalho e conseqüentemente maior bem-estar subjetivo através do afeto positivo e menor aparecimento de sintomas psicológicos.

Deste modo, podemos postular que para o paciente com câncer, em tratamento radioterápico, parece que as estratégias de *coping* que buscam as soluções diretas dos problemas estão associadas a índices mais elevados de processos de resiliência em termos de inovação e tenacidade, assim como relacionados a contextos de trabalho.

Competência emocional que é um dos fatores da Resiliência não se correlacionou segundo os dados estatísticos, com nenhum dos fatores de *coping*, bem-estar subjetivo, sintomatologia de estresse e tampouco com os outros fatores da Resiliência. É importante ressaltar que o fator competência emocional no instrumento utilizado de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2008) é composto somente por dois itens. Além disso, os dois itens referem-se à expressão verbal dos sentimentos. O baixo número de itens e a direção da competência emocional como capacidade de expressão verbal dos sentimentos podem interferir na qualidade da resposta. Estudos posteriores deveriam ser desenvolvidos a fim de verificar novas possibilidades de avaliação de competência emocional que não somente aquela associada à expressão verbal de sentimentos.

Na escala de bem-estar subjetivo, os participantes da pesquisa denotam utilizar mais de afeto positivo e, portanto, obter mais satisfação com a vida do que afeto negativo e,

consequentemente, menos insatisfação com a vida. Estudos apontam que os altos níveis de bem-estar psicológico, entre outros fatores, estavam relacionados com o foco nos aspectos positivos para lidar com os eventos (Gimenez, 1997; Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2008).

Arraras et al. (2008) e Bergelt et al. (2008), também discutem que apesar do estresse e da dor, durante o tratamento de radioterapia, o fato dos pacientes analisados focarem nos afetos positivos proporcionaram melhor bem-estar subjetivo.

Para Albuquerque e Tróccoli (2004), o bem-estar subjetivo tem três características fundamentais: a subjetividade, as medidas positivas e a avaliação global. Entretanto, quando fazemos referência aos estudos com pacientes oncológicos em radioterapia, aliado à nossa pesquisa, pode-se compreender que apesar do diagnóstico de câncer, dos efeitos colaterais e adversidades do tratamento, entre outros, é possível afirmar que resiliência não implica simplesmente na cura do câncer, mas a forma como a pessoa lida com a doença e tratamento em diferentes momentos deste processo. Resiliência, neste contexto, é a possibilidade de superar e ressignificar as situações adversas ao longo da própria vida de forma positiva.

Por fim, o presente artigo contribui para a elucidação da importância das estratégias de *coping* como ferramentas de trabalho em intervenções clínicas a pacientes oncológicos em radioterapia, na medida em que demonstra que os pacientes que usam de estratégias de aproximação como forma de resolver seus conflitos tiveram melhor adaptação (expressada por meio das escalas de inovação e tenacidade, satisfação no trabalho e afeto positivo). Do mesmo modo, o presente artigo reforça a ideia da desadaptação ou associação de mal-estar psicológico relacionado à estratégia de evitação, na medida em que revela que o paciente oncológico em tratamento radioterápico que utiliza *coping* de evitação apresenta mais insatisfação com a vida e sintomas psicológicos de estresse. Contudo, essas informações

devem ser tomadas com precaução devido ao número de participantes desta pesquisa ser pequeno, considerando a população brasileira com diagnóstico de câncer em tratamento radioterápico. Porém, trata-se de um grupo representativo dos atendimentos realizados em um grande hospital especializado na área de oncologia.

Para a atuação do Psicólogo na área da saúde, no entanto, este estudo é importante por esclarecer aspectos relevantes do trabalho com uma população clínica específica.

### **Referências Bibliográficas**

Albuquerque, A.S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.

Antoniazzi, A.S., Dell’Aglío, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-29.

Arraras, J.I., Manterola, A., Dominguez, M.A., Arias, F., Villafranca, E., Romero, P., Martinez, E., Illarramendi, J.J. & Salgado, E. (2008). Impact of Radiotherapy on the Quality of Life of Elderly Patients with Localized Breast Câncer. A Prospective Study. *In: Clinical Transl. Oncology*, 10(8), 498-505.

Assis, S., Pesce, R., & Avanci, J. (2006). *Resiliência: Enfatizando a proteção dos Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Benevides-Pereira, A.M.T., & Moreno-Jiménez, B. (2002). O *Burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros. In: Benevides-Pereira, A.M.T. (Ed.), *Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador* (pp. 157-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A.M.T., & Moreno-Jiménez, B. (no prelo). Inventário de Resiliência. São Paulo: Maringá.

Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V., & Koch, U. (2008). Quality of life and treatment side effects before and after radiation therapy. In: *Psycho-Oncology* 17:SI-348. Publicado online in Wiley Interscience (p. S288) do website, [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com).

Costa, C.R.B.S.F., & Assis, S.G. (2006). Fatores protetivos a adolescência em conflito com a lei no contexto sócio-educativo. *Psicologia e Sociedade*, 18(3), 74-81.

Costa, L.S.M., & Pereira, C.A.A. (2007) Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1). Recuperado em 14 de outubro, 2008, do website: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp>.

Costa Pinto, A.C.L., & Leite, M.T.T. (1999). História da Radioterapia. In: Salvajoli, J.V., Souhami, L., & Faria, S.L. (Ed), *Radioterapia em Oncologia* (pp.7-18). Rio de Janeiro: Medsi.

Dell'Aglio, D.D., Koller, S.H., & Yunes, M.A.M. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fadiman, J., & Frager, R. (1986). *Teorias da Personalidade* (pp. 221-258). São Paulo: Harbra.

Ferreira, A.B. de H. (1999). *Novo Aurélio: o Dicionário do Século XXI*. São Paulo: Nova Fronteira.

Garcia, I., & Kosminsky, F.C. (1999). Aspectos Psicossociais do Paciente em Radioterapia. In: Salvajoli, J.V., Souhami, L., & Faria, S.L. (Ed.), *Radioterapia em Oncologia* (pp. 267-273). Rio de Janeiro: Medsi.

Gimenez, M.G.G. (1997). *A Mulher e o Câncer*. São Paulo: Editorial Psy.

Grünspun, H. (2003). Conceitos sobre resiliência. *Revista Bioética*, 10(1). Recuperado em 12 de outubro, 2007, do Website: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v1/seccao4>.

Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychosocial Adaptation: Longitudinal Effects Over Time and Stages in Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.

Instituto Nacional do Câncer – INCA (2007). Incidência de Câncer no Brasil. Recuperado em 22 de agosto, 2008, do <http://www.inca.gov.br>.

Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lipp, M.E.N. (1996). *Pesquisas Sobre Stress No Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas, SP: Papirus.

Lisboa, C., Koller, S.H., Ribas, F.F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciúncula, L. P., & De Marchi, R.B. (2002). Estratégias de *Coping* de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 345-362.

Longman Dictionary of Contemporary English (1995). *Longman Dictionaries* (3th ed.).

Melillo, A., & Ojeda, E.N.S. (Orgs.) (2005). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.

Moos, R.H., & Schafer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In: Moos, R.H. (Ed), *Coping with Physical Illness: New Perspectives* (Vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum Press.

Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory CRI-Adult Form Professional Manual*. Flórida: Psychological Assessment Resources.

Motta, A.B., & Enumo, S.R.F. (2004). Câncer Infantil: Uma Proposta de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 193-202.

Mota, D.C.G.D., Benevides-Pereira, A.M.T., Gomes, M.L., & Araújo, S.M. (2006, Julho-Dezembro). Estresse e resiliência em doença de Chagas. *Aletheia*, 24, 37-68.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paludo, S.S., & Koller, S.H. (2005). Resiliência na Rua: Um Estudo de Caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187-195.

Paula Junior, W. (1998). A Intervenção Psicológica no Tratamento Radioterápico. In: Carvalho, M.M.M.J. (org.), *Psico-Oncologia no Brasil: Resgatando o Viver* (pp. 110-116). São Paulo: Summus.

Perez, C.A. (1999). Perspectivas Futuras em Radioterapia Para o Século XXI. In: Salvajoli, J.V., Souhami, L., & Faria, S.L. (Ed), *Radioterapia em Oncologia* (pp. 19-34). Rio de Janeiro: Medsi.

Peres, J.F.P., Mercante, J.P.P., & Nasello, A.G. (2005). Promovendo Resiliência em Vítimas de Trauma Psicológico. *Rev. Psiquiatria*, 27(2), 131-138.

Pesce, R.P., Assis, S.G., Avanci, J., Santos, N.C., Malaquias, J., & Carvalhães, R. (2005). Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade da Escala de Resiliência. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British journal of psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Sapienza, G., & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-210.

Schroevers, M.J., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). The Role of Cognitive Coping and Self-Regulatory Process in Cancer Patients Report of Negative and Positive Affect. In: *Psycho-Oncology* 17:SI-S348. Publicado online in Wiley Interscience (p. S95) do website, [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com).

Sehgal, S., Hickman, S., Casden, D., Clark, K., Loscalzo, M., & Bardwell, W. (2008). Gender Differences of Psychosocial Distress in Cancer Patients. In: *Psycho-Oncology* 17:SI-348. Publicado online in Wiley Interscience (pp. S108) do website, [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com).

Seligman, M.E.P. (2004). *Felicidade Autêntica: Usando a Nova Psicologia Positiva Para a Realização Permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Seligman, M.E.P. (2005). *Aprenda a Ser Otimista*. Rio de Janeiro: Nova Era.

Serra, E.P. (2008). *Situacions vitals estressants i resiliència a l'adolescència*. Tesis de Doctorado, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha, Europa.

Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Tavares, J. (Org.), Yunes, M.A.M., Szymanski, H., Pereira, A.M.S., Simões, H.R., & Castro, M.A.C.D., (2001). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez.

Teles, S.S. (2005). *Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Yunes, M.A.M., Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, Conceitos Afins e Considerações Críticas. In: Tavares, J. (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

Yunes, M.A.M. (2006). Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: Dell'aglio, D.D., Koller, S.H., & Yunes, M.A.M. (Ed), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (p. 45-67). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yamaguchi, N.H. (1994). O câncer na visão da Oncologia. In: Carvalho, M.M.M.J. (Ed), *Introdução À Psiconcologia* (pp. 22-32). São Paulo: Editorial Psy.

Zanini, D.S. (2003). *Coping: influencia de la personalidad y repercusiones en la salud mental de los adolescentes*. Tesis de Doctorado, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha, Europa.

Zanini, D.S., Forns, M., & Kirchner, T. (2005). Estrategias de Afrontamento: Implicación en la salud mental de los adolescents catalanes. Recuperado em 20 agosto, 2008, do website <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/9908>.

## **Anexo A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como sujeito, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final do documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Caso existam dúvidas sobre o processo da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, situado na Rua 239 s/n, 3º. Andar, no Hospital Araújo Jorge da ACCG, tel: (62)32437000.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do pré-projeto: Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento psicológico em pacientes oncológicos em tratamento radioterápico.

Pesquisador Responsável: Prof. Wanderley de Paula Junior

Telefones para contato: (62) 3242.0472 ou 81119331

A presente pesquisa está sendo desenvolvida como requisito parcial para o Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Saúde da Universidade Católica de Goiás.

#### Objetivo Geral:

Analisar a relação entre o uso de estratégias de enfrentamento, resiliência e auto-relato de bem-estar subjetivo.

Analisar a relação entre a história pessoal do indivíduo e sua relação com o tratamento radioterápico, o uso de estratégias de *coping* nos diferentes momentos vivenciais e o bem-estar subjetivo.

#### Objetivos Específicos:

- a. Descrever as formas de enfrentamento psicológico de pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia;
- b. Avaliar a percepção de bem-estar subjetivo dos pacientes em tratamento radioterápico;
- c. Identificar a existência da resiliência em pacientes oncológicos em radioterapia;
- d. Descrever a relação existente entre *coping*, resiliência e bem-estar subjetivo.
- e. Levantar a história dos pacientes em tratamento radioterápico;
- f. Identificar e descrever as estratégias de *coping* e suas conseqüências no bem-estar subjetivo;
- g. Identificar os fatores de risco e proteção psicológicos percebidos pelos pacientes com câncer.

#### Descrição da Pesquisa:

Os participantes da pesquisa serão abordados e orientados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Os participantes serão informados que não haverá pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Após aceitação serão convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Serão aplicados os inventários: Após a aplicação dos instrumentos será realizada a entrevista semi-estruturada.

#### Riscos e Desconforto:

Consideramos que esta pesquisa não oferece qualquer risco ou desconforto para os sujeitos envolvidos. Não existe, portanto, qualquer tipo de lesão física ou moral relacionada aos procedimentos da pesquisa.

Confidenciabilidade:

As informações individuais que forem coletadas a partir desta pesquisa, serão privilegiadas e confidenciais e não serão liberadas ou reveladas a qualquer pessoa sem o consentimento por escrito do sujeito envolvido. Caso você aceite participar dessa pesquisa, informamos que os resultados analisados, sem a identificação dos participantes, poderão ser publicados em periódicos científicos e/ou livros ou apresentados em eventos científicos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_ portador(

a) do RG no. \_\_\_\_\_ e CPF no. \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento psicológico em pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador Wanderley de Paula Junior sobre a pesquisa, bem como os objetivos e procedimentos nele envolvidos.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa

**Anexo B**

**CRI-ADULT FORM**

Rudolf H. Moos, Ph.D.

**Caderno de Perguntas**

Escreva seu nome, data de nascimento, idade, escolaridade, profissão, sexo, estado civil e raça na folha de respostas.

Responda todas as perguntas na folha de respostas

~~Não escreva nada neste caderninho~~

## PARTE 1

Este caderno contém perguntas sobre como você enfrenta os problemas importantes que surgem na sua vida.

Por favor, pense no problema mais importante ou na situação mais difícil que você viveu **nos últimos 12 meses**.

Por exemplo: um problema, alguma doença ou morte de um familiar ou amigo, algum acidente, problemas financeiros ou no trabalho.

Descreva de forma breve este problema no espaço em branco que está na primeira parte da folha de respostas.

Se você não passou por nenhum problema importante, escreva um problema de menor importância que teve que resolver.

Responda a cada uma destas 10 perguntas na folha de respostas.

Circule “NÃO” se sua resposta é **CERTAMENTE NÃO**

Circule “GN” se sua resposta é **GERALMENTE NÃO**

Circule “GS” se sua resposta é **GERALMENTE SIM**

Circule “SIM” se sua resposta é **CERTAMENTE SIM**

<b>NÃO</b>	GN	GS	SIM
NÃO	<b>GN</b>	GS	SIM
NÃO	GN	<b>GS</b>	SIM
NÃO	GN	GS	<b>SIM</b>

1. Já teve que resolver, antes, um problema como este?
2. Sabia que esse problema poderia acontecer com você?
3. Você teve tempo suficiente de preparação para enfrentar esse problema?
4. Quando este problema aconteceu, pensou de que maneira poderia prejudicar você?
5. Quando ocorreu esse problema, pensou nele como um desafio?
6. Este problema foi causado por você?
7. Este problema foi causado por outra pessoa?
8. Aconteceu alguma coisa boa ao enfrentar esse problema?
9. Este problema ou situação já foi resolvido?
10. Se o problema já foi resolvido, está tudo bem com você?

## PARTE 2

Leia cada pergunta atentamente e assinale com que frequência age da maneira que a pergunta indica para enfrentar o problema que você descreveu na PARTE 1.

**Circule a resposta adequada na folha de respostas.**

Circule "N" se sua resposta é **NÃO, NUNCA**

Circule "U" se sua resposta é **UMA OU DUAS VEZES**

Circule "B" se sua resposta é **BASTANTES VEZES**

Circule "S" se sua resposta é **SIM, QUASE SEMPRE**

<b>N</b>	U	B	S
N	<b>U</b>	B	S
N	U	<b>B</b>	S
N	U	B	<b>S</b>

Esta segunda parte tem 48 perguntas. Lembre-se que você tem de responder todas as suas respostas na folha de respostas. Por favor, responda cada pergunta da forma mais certa que puder. Suas respostas são confidenciais.

Se não quiser responder uma pergunta, por favor, marque o número desta pergunta na folha de respostas para indicar que você decidiu omiti-la.

Se alguma pergunta não se aplica ao seu caso, por favor, escreva NA (Não se Aplica) na folha de respostas, à direita do número da pergunta.

Se você quiser corrigir alguma de suas respostas, apague bem a primeira e marque a nova resposta. Observe que as respostas estão ordenadas em filas na PARTE 2 da folha de respostas.

1. Você pensou em várias maneiras de resolver o problema?
  2. Você dizia alguma coisa pra você mesmo para sentir-se melhor?
  3. Você falou com seus pais ou algum familiar sobre esse problema?
  4. Você decidiu alguma forma de resolver o problema e realmente fez desta forma?
  5. Você tentou esquecer o problema?
  6. Você pensou que o tempo poderia resolver o problema e que a única coisa que tinha que fazer era esperar?
  7. Você começou a ter novas atividades?
  8. Você desabafou sua raiva com outras pessoas quando se sentiu triste ou com raiva?
- 
9. Você tentou pensar no problema com outra perspectiva?
  10. Você disse a si mesmo que as coisas poderiam ser piores?
  11. Você falou com algum amigo sobre o problema?
  12. Você sabia o que tinha que fazer e se esforçou para que as coisas se resolvessem?
  13. Você tentou não pensar no problema?
  14. Você se deu conta que não controlava o problema?
  15. Você se envolveu em novas atividades?
  16. Você se arriscou ou fez algo perigoso?

- 
17. Sua cabeça deu voltas sobre o que você tinha que dizer ou fazer?
  18. Você tentou ver o lado positivo da situação?
  19. Você falou com alguma pessoa especializada, por exemplo, médico, advogado, padre...?
  20. Você decidiu o que queria e tentou consegui-lo?
  21. Você fantasiou ou imaginou um momento ou um lugar melhor do que o atual?
  22. Você acreditou que o resultado seria decidido pelo destino?
  23. Você tentou fazer novas amizades?
  24. Você se afastou das pessoas em geral?

- 
25. Você pensou em como as coisas poderiam mudar?
  26. Você pensou que estava melhor que outras pessoas com o mesmo problema que o seu?
  27. Você buscou ajuda de outras pessoas ou grupos com o mesmo tipo de problema?
  28. Você tentou resolver o problema pelo menos de duas formas diferentes?
  29. Você tentou não pensar na sua situação mesmo sabendo que tinha que pensar nele em outro momento?
  30. Você aceitou o problema porque nada podia ser feito para mudá-lo?
  31. Você começou a ler mais para se distrair?
  32. Você gritou para desabafar?

- 
33. Você tentou entender por que o problema estava ocorrendo com você?
  34. Você tentou dizer a você mesmo que as coisas melhorariam?
  35. Você tentou entender a situação ou o problema?
  36. Você tentou fazer mais coisas por sua conta?
  37. Você desejou que o problema desaparecesse ou desejou acabar com ele de algum modo?
  38. Você esperava que o problema se resolvesse da pior maneira possível?
  39. Você dedicou mais tempo em atividades recreativas?
  40. Você chorou para expressar/manifestar seus sentimentos?
-

41. Você pensou que aconteceriam novas dificuldades ou desgraças?
42. Você pensou em como esta situação poderia mudar sua vida pra melhor?
43. Você pediu a solidariedade e compreensão das pessoas?
44. Você aprendeu as coisas, dia a dia, passo a passo?
45. Você tentou negar que o problema era realmente muito sério?
46. Você perdeu a esperança de que as coisas voltariam a ser como antes?
47. Você tentou ocupar-se no trabalho ou em outras atividades que te ajudassem a enfrentar as coisas?
48. Você fez algo que imaginava que não funcionaria, mas pelo menos tentou?

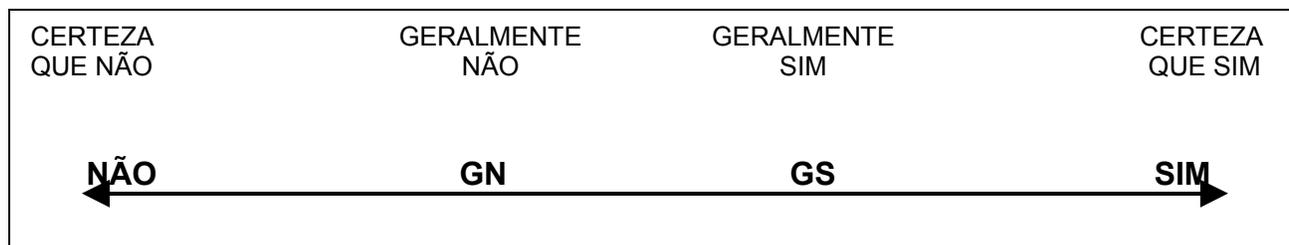
## CRI-ADULT FORM – ANSWER SHEET

**Rudolf H. Moos, Ph.D.**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

### **PRIMEIRA PARTE**

Descreva o problema ou a situação



1	NÃO	GN	GS	SIM
2	NÃO	GN	GS	SIM
3	NÃO	GN	GS	SIM
4	NÃO	GN	GS	SIM
5	NÃO	GN	GS	SIM
6	NÃO	GN	GS	SIM
7	NÃO	GN	GS	SIM
8	NÃO	GN	GS	SIM
9	NÃO	GN	GS	SIM
10	NÃO	GN	GS	SIM

## SEGUNDA PARTE

NÃO, NUNCA	UMA OU DUAS VEZES	BASTANTE VEZES	SIM, QUASE SEMPRE
<b>N</b>	<b>U</b>	<b>B</b>	<b>S</b>

1 NUBS	2 NUBS	3 NUBS	4 NUBS	5 NUBS	6 NUBS	7 NUBS	8 NUBS
9 NUBS	10 NUBS	11 NUBS	12 NUBS	13 NUBS	14 NUBS	15 NUBS	16 NUBS
17 NUBS	18 NUBS	19 NUBS	20 NUBS	21 NUBS	22 NUBS	23 NUBS	24 NUBS
25 NUBS	26 NUBS	27 NUBS	28 NUBS	29 NUBS	30 NUBS	31 NUBS	32 NUBS
33 NUBS	34 NUBS	35 NUBS	36 NUBS	37 NUBS	38 NUBS	39 NUBS	40 NUBS
41 NUBS	42 NUBS	43 NUBS	44 NUBS	45 NUBS	46 NUBS	47 NUBS	48 NUBS

**Anexo C**

**INVENTÁRIO DE RESILIÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_/\_\_/20\_\_ Sexo: M [ ] F [ ] Idade: \_\_ anos Data de Nascimento: \_\_/\_\_/19\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	De acordo	Totalmente de acordo
Assinale ao lado das afirmações a seguir, considerando o que melhor expressa sua forma de ser, seguindo a indicação numérica acima.					
1.	Frequentemente trabalho duro pois é a melhor maneira para atingir minhas metas				1 2 3 4 5
2.	Prefiro atividades que me tragam experiências novas mesmo que tenha que me esforçar mais				1 2 3 4 5
3.	Não tenho porquê me esforçar no meu trabalho uma vez que o resultado é sempre o mesmo				1 2 3 4 5
4.	Não engulo “sapos”. Aos diretamente envolvidos, digo exatamente o que penso das pessoas e situações.				1 2 3 4 5
5.	Meus amigos me dizem que custo a entender como se sentem				1 2 3 4 5
6.	Mesmo me sentindo mal, sou capaz de manter o controle para que as pessoas ao meu redor não percebam meus sentimentos.				1 2 3 4 5
7.	Tenho dificuldade em encontrar as palavras necessárias para expressar minhas emoções				1 2 3 4 5
8.	Quando alguém tem um problema, sei exatamente como se sente				1 2 3 4 5
9.	Me emociono facilmente com qualquer coisa, não há necessidade que seja uma situação maravilhosa				1 2 3 4 5
10.	Procuro manter hábitos saudáveis de vida para garantir um futuro melhor				1 2 3 4 5
11.	Sou uma pessoa curiosa				1 2 3 4 5
12.	Se algo não dá certo, vou tentando outras alternativas até encontrar uma solução				1 2 3 4 5
13.	Não perco o sono tentando resolver o que está fora do meu alcance				1 2 3 4 5
14.	Considero que meu trabalho é importante socialmente e não me importo em dedicar todos os meus esforços				1 2 3 4 5
15.	O que mais me atrai no meu trabalho são as novidades e inovações nos procedimentos				1 2 3 4 5
16.	Não importa quanto me empenhe, em geral nada consigo apesar de meus esforços				1 2 3 4 5
17.	Expresso o que penso ou sinto aos que estão envolvidos na questão, mesmo que minhas opiniões não sejam agradáveis a estes				1 2 3 4 5
18.	É difícil que eu perceba quando um amigo/a esteja passando por um mal momento				1 2 3 4 5

19.	Não consigo controlar as emoções, sou transparente com meus sentimentos.	1	2	3	4	5
20.	Quando não estou bem posso expressar-me verbalmente a respeito	1	2	3	4	5
21.	Não necessito que as pessoas me expliquem seus sentimentos, posso compreendê-los sem dificuldade.	1	2	3	4	5
22.	Me emociono com facilidade	1	2	3	4	5
23.	Posso contornar as dificuldades, mesmo que a situação pareça desfavorável.	1	2	3	4	5
24.	Evito situações desafiadoras	1	2	3	4	5
25.	Tenho obtido bons resultados mesmo diante de dificuldades e desafios	1	2	3	4	5
26.	Quando sinto que me prejudicam, procuro esclarecer e reverter o ocorrido diretamente com os envolvidos na situação.	1	2	3	4	5
27.	Diante de dificuldades, examino com cuidado todas as alternativas de solução.	1	2	3	4	5
28.	Me preocupo e me identifico verdadeiramente com meu trabalho	1	2	3	4	5
29.	Me atrai as atividades e situações que envolvam desafio pessoal	1	2	3	4	5
30.	Ainda que me empenhe, não obtenho o que pretendo.	1	2	3	4	5
31.	Só percebo os meus próprios sentimentos, as emoções dos demais não possuem interesse para mim.	1	2	3	4	5
32.	Posso controlar minha expressão emocional mesmo que esteja me sentindo mal	1	2	3	4	5
33.	Posso expressar verbalmente meus sentimentos sem dificuldades	1	2	3	4	5
34.	Posso colocar-me com facilidade no lugar de outras pessoas e experimentar como se sentem	1	2	3	4	5
35.	Apenas me emociono com os grandes eventos ou acontecimentos especiais	1	2	3	4	5
36.	As pessoas são desagradáveis ou descontroladas porque estão passando por uma situação difícil	1	2	3	4	5
37.	Adoro experimentar coisas ou situações novas	1	2	3	4	5
38.	Prefiro a rotina das coisas conhecidas e seguras do que a aventura do novo e difícil, mesmo que envolvam lucros futuros.	1	2	3	4	5
39.	Sempre deixo muito claro o que penso ou sinto, mesmo que tais manifestações sejam pouco agradáveis para algumas pessoas.	1	2	3	4	5
40.	Diante de um problema, lanço mão da primeira solução que me passa pela cabeça.	1	2	3	4	5

**Muito Obrigada por sua Colaboração!**

## Anexo D

163 Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 153-164 *Bem-estar subjetivo e medidas*

### ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES)

#### Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
		<b>e</b>	<b>e</b>	

Ultimamente tenho me sentido ...

1) aflito _____	17) transtornado _____	33) abatido _____
2) alarmado _____	18) animado _____	34) amedrontado _____
3) amável _____	19) determinado _____	35) aborrecido _____
4) ativo _____	20) chateado _____	36) agressivo _____
5) angustiado _____	21) decidido _____	37) estimulado _____
6) agradável _____	22) seguro _____	38) incomodado _____
7) alegre _____	23) assustado _____	39) bem _____
8) apreensivo _____	24) dinâmico _____	40) nervoso _____
9) preocupado _____	25) engajado _____	41) empolgado _____
10) disposto _____	26) produtivo _____	42) vigoroso _____
11) contente _____	27) impaciente _____	43) inspirado _____
12) irritado _____	28) receoso _____	44) tenso _____
13) deprimido _____	29) entusiasmado _____	45) triste _____
14) interessado _____	30) desanimado _____	46) agitado _____
15) entediado _____	31) ansioso _____	47) envergonhado _____
16) atento _____	32) indeciso _____	

## Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua *opinião* sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
50. Avalio minha vida de forma positiva				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
52. Mudaria meu passado se eu pudesse				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
55. Gosto da minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
56. Minha vida está ruim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
57. Estou insatisfeito com minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
58. Minha vida poderia estar melhor				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
60. Minha vida é “sem graça”				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
61. Minhas condições de vida são muito boas				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
62. Considero-me uma pessoa feliz				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

## Anexo E

### ISE – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE ESTRESSE

(Benevides Pereira & Moreno-Jiménez- 2000)

Nome: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_/\_\_/20\_\_ Sexo: M [ ] F [ ] Idade: \_\_anos Data de Nascimento: \_\_/\_\_/20\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Assinale com uma cruz a freqüência com que sente os sintomas que sofre em sua vida diária:		Nunca	Raras vezes	Moderadamente	Frequentemente	Assiduamente
Nº	SINTOMAS	0	1	2	3	4
	Dores nos ombros ou nuca					
	Irritabilidade fácil					
	Perda ou excesso de apetite					
	Sentir-se sem vontade de começar nada					
	Dor de cabeça					
	Pouca vontade de comunicar-se					
	Dor no peito					
	Dificuldade de adaptação					
	Dificuldades com o sono					
10.	Sentimento de cansaço mental					
11.	Dificuldades sexuais					
12.	Pouco tempo para si mesmo					
13.	Erupções na pele, brotoejas					
14.	Fadiga generalizada					
15.	Pequenas infecções					
16.	Sentimentos de baixa auto-estima					
17.	Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias					
18.	Dificuldade de memória e concentração					
19.	Problemas gastrointestinais					
20.	Necessidade de isolar-se					
21.	Problemas alérgicos					
22.	Estado de aceleração continuo					
23.	Pressão arterial alta					
24.	Perda do senso de humor					
25.	Gripes e resfriados					
26.	Perda do desejo sexual					
27.	Problemas na voz (afonias, mudanças de voz, rouquidão, etc.)					
28.	Pouca satisfação nas relações sociais					
29.	Dificuldade em controlar a agressividade					
30.	Cansaço rápido de todas as coisas					

## Anexo F

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

Nome iniciais:

Prontuário no.:

Diagnóstico no prontuário:

Diagnóstico expresso pelo participante:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo: M ( ) F ( )

Estado Civil: Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Amasiado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Outros ( ) Especificar:

Filhos: Sim ( ) Não ( ) em caso afirmativo, quanto filhos?

Mora: Sozinho ( ) Com família ( ) Quantas pessoas? Com amigos ( ) Quantos?

Grau de instrução:  
afirmativo, qual profissão?

Trabalha: Sim ( ) Não ( ) em caso

Religião: Sim ( ) Não ( ) em caso afirmativo especificar:

Praticante: Sim ( ) Não ( )

Em relação ao diagnóstico:

1. O que você sabe sobre a sua doença?
2. Quais os primeiros sinais da doença que levou você a procurar um médico?
3. Quanto tempo você estava com estes sintomas?
4. Quando soube do diagnóstico, você pode relatar qual foi a sua reação?
5. Qual foi a sua primeira atitude, ou seja, a primeira ação?
6. Qual foi a primeira pessoa que você procurou ao saber do seu diagnóstico? Por quê?
7. Após saber o diagnóstico, você procurou saber mais sobre a doença e o tratamento? Quais as pessoas ou meios de informação que você procurou?

Em relação ao tratamento e sua vida pessoal:

1. O que você sabe sobre Radioterapia?
2. Você foi informado sobre os efeitos colaterais? Em caso afirmativo, quais são eles?
3. Além da Radioterapia você está fazendo outro tratamento para esta doença? Em caso afirmativo, qual?
4. Como você reagiu ao saber que deveria fazer o tratamento de Radioterapia?
5. O que você fez para auxiliá-lo a fazer este tratamento, o que ajudou você a enfrentar melhor este tratamento?
6. Quais as expectativas/esperanças que você tem com a Radioterapia?
7. Como você se sentiu no início do tratamento?
8. Qual foi a sua primeira atitude ao saber que teria que fazer Radioterapia?
9. Como você está sentido hoje?
10. Sobre os efeitos colaterais você está apresentado algum deles?

11. Hoje, para lidar melhor com o tratamento o que você acredita que está ajudando?
12. Como você descreve a doença (câncer) e o tratamento radioterápico, hoje, após este período de tratamento?
13. Quais as pessoas que mais tem ajudado você a enfrentar esta doença e o tratamento?
14. Ocorreram mudanças na sua vida após o início do tratamento em Radioterapia? Em caso afirmativo, quais?
15. Você tem acompanhantes durante este período de tratamento? Em caso afirmativo, quem e como você avalia a sua relação com esta(s) pessoa(s)?
16. Como você acha que será sua vida após o término do tratamento?
17. Em relação a vida, você acha que mudou a sua visão sobre o que é viver?
18. Para você, hoje, qual o sentido da vida?
19. Quais os conselhos que você daria para uma pessoa que está sabendo hoje que está com câncer?
20. Em relação ao tratamento o que você falaria para a pessoa que está iniciando a Radioterapia?
21. Como está sua relação com a sua família?
22. Você se considera uma pessoa que supera as dificuldades/problemas/desafios que surgem na sua vida?
23. Em caso afirmativo, na questão anterior, o quê você considera que o ajuda a superar essas dificuldades/problemas/desafios?