

InMAMA Group

Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama

Ana Torres, Filipa Araújo, Anabela Pereira e Sara Monteiro



TESTES PSICOLÓGICOS

INMAMAGROUP

Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama

Ana Torres, Filipa Araújo, Anabela Pereira e Sara Monteiro

MANUAL TÉCNICO



TESTES PSICOLÓGICOS

Título

InMAMAGroup - Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama.

Capa

Conceção e *design* da capa by Joana de Oliveira © 2015.

Autores

Ana Torres, Filipa Araújo, Anabela Pereira e Sara Monteiro.

Copyright © 2015 by CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal.

Edição CEGOC-TEA: Rua General Firmino Miguel nº3 A/B, r/c, 1600-100 Lisboa.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor.

As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

Printed in Portugal. Impresso em Portugal.

ISBN: 978-972-8817-87-9

RESPEITE OS DIREITOS DE AUTOR E APOIE A INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA.

ÍNDICE

1. O PROGRAMA	3
1.1. Ficha técnica e Objetivos.....	3
1.2. Apresentação do programa	5
1.3. Desenvolvimento do programa	6
1.3.1. Fundamentação teórica	6
1.3.2. Metodologia de construção da intervenção	18
1.3.3. Avaliação do programa.....	19
2. APLICAÇÃO DO PROGAMA	36
2.1. Normas gerais de aplicação de intervenções de grupo	37
2.2. Normas específicas de aplicação do programa InMAMAGroup	44
Sessão 1 - Apresentação	44
Sessão 2 - Estilo de vida contra o cancro	47
Sessão 3 - Alterações corporais	53
Sessão 4 - Gerir as emoções	60
Sessão 5 - Resolução de problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade	66
Sessão 6 - Incerteza e medo de recorrência	73
Sessão 7 - Comunicação nas relações interpessoais	75
Sessão 8 - Viver e objetivos pessoais	82
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

1. O PROGRAMA

1.1. FICHA TÉCNICA E OBJETIVOS

InMAMAGroup

Designação da prova	InMAMAGroup - Programa de Intervenção de Grupo para Mulheres com Cancro da Mama.
Autoras	Ana Torres, Filipa Araújo, Anabela Pereira e Sara Monteiro.
Editora e proprietária da edição	CEGOC-TEA, Lda.
Administração	Coletiva.
Duração	8 sessões de 90 a 120 minutos.
População	O programa é dirigido a mulheres que tiveram cancro da mama, que já concluíram os tratamentos e em fase de remissão, i.e., a lidar com a fase crónica da doença.
Objetivo	O programa tem como objetivo familiarizar as doentes com estratégias que promovam o ajustamento psicológico, emocional, social e espiritual às dificuldades resultantes da doença, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

O programa **InMAMAGroup** tem como objetivos gerais:

- Permitir uma adaptação saudável da mulher aos efeitos do cancro da mama e dos tratamentos;
- Diminuir a sintomatologia psicopatológica e o sofrimento psicológico;
- Melhorar as estratégias de *coping*, os estados de humor e o autoconceito, contribuindo para o ajustamento emocional e o crescimento pessoal e, por consequência,
- Promover a qualidade de vida da mulher.

O programa **InMAMAGroup** tem como objetivos específicos:

- Informar as participantes sobre a sobrevivência, sobre técnicas e estratégias para lidar com os efeitos da doença e dos tratamentos;
- Aumentar o sentimento de controlo através do ensino de hábitos de vida mais adequados a sobreviventes (dieta, atividade física, etc.) e de estratégias, como, por exemplo, a resolução de problemas, o estabelecimento de objetivos de vida, a utilização de estratégias de *coping* adequadas, o uso de estratégias de comunicação eficazes e a realização de atividades de mestria e de prazer;
- Ensinar e treinar as participantes a identificar os seus padrões de pensamento disfuncionais;
- Ensinar a desafiar e modificar os seus pensamentos disfuncionais;
- Ensinar estratégias de *coping* comportamentais, como a comunicação assertiva, o estabelecimento de objetivos, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo;
- Melhorar a expressão das preocupações relacionadas com o cancro e as emoções associadas, bem como, melhorar a comunicação com os outros em geral, especialmente com os mais significativas e também com os técnicos de saúde.

1.2. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA

O programa é constituído por 8 sessões, de frequência semanal, com a duração de aproximadamente 90 a 120 minutos. Deve ser conduzido por dois terapeutas. A informação apresentada ao longo das sessões é facultada no final do programa a todas as participantes, bem como o material auxiliar com informação sintética das sessões. É dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objetivos de vida. Para problemas específicos são indicadas soluções ou estratégias de *coping* adequadas. As participantes deverão ser instruídas em estratégias de comunicação eficazes e devem ser encorajadas a comunicar assertivamente com os amigos, familiares e profissionais de saúde. As participantes deverão ser motivadas a utilizar os recursos de *coping* de que dispõem, incluindo interesses em comum com amigos e familiares e atividades de mestria e de prazer. Este programa inclui a familiarização com algumas estratégias cognitivo-comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas.

O programa desenvolvido e apresentado neste manual, de natureza essencialmente psicoeducativa, foi implementado e testado comparativamente com um programa de terapia de grupo puramente cognitivo-comportamental, para além do grupo de controlo. Na secção 1.3.3. Avaliação do programa (pp. 21-36) figuram os resultados obtidos com os dois programas e com o grupo sem intervenção. Optou-se por apresentar apenas o programa de vertente essencialmente psico-educativa, incluindo algumas técnicas e exercícios de cariz mais cognitivo-comportamental, pois cremos que neste formato se torna mais completo e eficaz.

1.3. DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

1.3.1. Fundamentação teórica

O InMAMAGroup baseia-se na evidência de que uma doença crónica, como o cancro da mama, afeta a mulher, colocando dificuldades a nível físico, psicológico, emocional, familiar e social (Amorim, 2007; Climent, 2009; Patrão e Leal, 2004).

Desde 1983 vários estudos têm encontrado uma comorbilidade acrescida com sintomas psicopatológicos em doentes com cancro (Carlson, Angen, Cullum, Goodey, Koopmans et al., 2004; Derogatis, 1983; Dolbeault, Mignot, Gauvin-Piquard, Mandereau, Asselainn et al., 2003; Farber, 1984; Gil, Travado, Tomamichel & Grassi, 2003; Mehnert, 2004; Stefan, 1987; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), e especificamente em doentes com cancro da mama em Portugal (Santos, Santos & Abrantes, 1993). A comorbilidade com a depressão e a ansiedade tem sido largamente evidenciada (Basen-Engquist, Hughes, Perkins, Shinn, & Taylor, 2008; Ell et al., 2005; Eversley et al., 2005; Kash, Mago, & Kunkel, 2005; Kornblith & Ligibel, 2003; Li & Rodin, 2011; Lyons, Jacobson, Prescott & Oswald, 2002; Massie & Holland, 1995; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992; Stanton, 2006; Sellick & Crooks, 1999; Shapiro et al., 2001; Van't Spiker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Varricchio & Aziz, 2000; Taylor, 2000). Ainda que a vulnerabilidade à depressão não pareça ser maior do que em doentes com outras doenças graves (Spiegel, 1995), são aproximadamente 25% os doentes de cancro que apresentam perturbação de ajustamento com humor deprimido (Massie & Holland, 1995). O diagnóstico parcial ou total de perturbação de *stress* pós-traumático também é encontrado em sobreviventes de cancro, nomeadamente de cancro da mama (Amir & Ramati, 2002).

A prevalência de sofrimento emocional significativo que interfere com o funcionamento e bem-estar em mulheres com cancro da mama situa-se nos 15% (Andreu et al., 2011; Burges et al., 2005) até aos 20% e 40% (Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Massie, 2004; Fallowfield, Hall, Maguire & Baum, 1990; Hewitt et al., 2004; Mehnert & Koch, 2008).

Apesar desta maior prevalência aumentada comparativamente à população sem a doença e do impacto da depressão na qualidade de vida e na satisfação e participação nos tratamentos médicos (Badger, Braden & Mishel, 2001; Badger, Braden, Mishel & Longman, 2004; Bui, Ostir, Kuo, Freeman & Goodwin, 2005; Friedman et al., 2006; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000; Tomich & Helgeson, 2002), o diagnóstico de depressão em doentes oncológicos é muitas vezes negligenciado e muitas vezes os doentes não são encaminhados para tratamento (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Sellick & Crooks, 1999; Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004), especialmente nos casos mais graves (Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald, 1998; Söllner, DeVries, Steixner, Lucas, Sprinzi et al., 2001).

Simultaneamente, assiste-se ao aumento da incidência de cancro da mama, o mais prevalente na mulher Portuguesa, e à melhoria das medidas de deteção e de tratamento, o que tem prolongado a vida destas doentes. Alguns autores, como Wolff (2007), argumentam poder afirmar-se que assistimos a uma pandemia de sobreviventes de cancro. Esta doença adquiriu um carácter crónico, persistem, recidivam e requerem terapêuticas por longos períodos. Torna-se premente a promoção da qualidade de vida deste número exponencial de sobreviventes.

As intervenções psicológicas em doentes de cancro têm-se revelado eficazes na promoção do seu ajustamento psicológico e da sua qualidade de vida (Bottomley, 1997, 1998; Fawzy, 1999; Fawzy, 1999; Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995; Giese-Davis & Spiegel, 2003; McMillan et al., 1993; Smith et al., 1994). A abordagem privilegiada nos cuidados a doentes oncológicos tem sido a cognitivo-comportamental. Para alguns autores, esta abordagem é mais adequada na fase inicial da doença e na preparação para a fase de sobrevivência (Bloch e Kissane, 1995).

A aplicação de intervenções psicológicas de grupo tem sido apontada como tendo o seu início no princípio do século XX, com trabalhos como o de Joseph Pratt (1907), que reuniu grupos de doentes de tuberculose com dificuldades socioeconómicas em sessões educativas e encontrou diminuição de sintomas depressivos e aumento da adesão aos tratamentos (Spitz & Spitz, 1999). Os primeiros grupos de autoajuda com doentes de cancro documentados surgiram nos clubes de laringectomizados nos Estados Unidos da América, nos anos 40, poucos anos antes da criação do programa de auto-ajuda mais bem sucedido do mundo, o *Reach to Recovery*, promovido pela *American Cancer Society* nos anos 50 (Holland, 1998). Segundo Drossel (2008) as intervenções de grupo têm sido o tipo de tratamento preferido quando as necessidades de tratamento ultrapassam as capacidades do sistema e nas épocas em que são necessárias intervenções de boa relação custo-eficácia. Estas intervenções têm-se afirmado como um método de redução do sofrimento psicológico associado ao cancro com uma boa relação custo-benefício (Bottomley, 1997; Drossel, 2008; Hollon & Shaw, 1979; Justo, 2001; Spiegel et al., 1999).

A investigação tem identificado diversos fatores das intervenções psicossociais que ajudam os doentes oncológicos a mudar estratégias menos adequadas para lidar com a doença, nomeadamente o envolvimento grupal com pessoas em contextos similares e o desenvolvimento de intervenções breves e estruturadas (Góngora, 1996; Gonzalez, Steinglass e Reiss, 1989; Holland, 1989; Holland, 1992; Massie e Holland, 1989).

A intervenção de grupo de abordagem cognitivo-comportamental tem sido um tratamento de primeira escolha e tem-se mostrado tão eficaz como a intervenção individual (Morrison, 2001; Shaffer, Shapiro, Sank & Coghlan, 1981), representando um tamanho de efeito médio-elevado (.77) para um largo espectro de queixas (Petrocelli, 2002). A maioria dos estudos sustenta esta ideia de que a intervenção de grupo, especialmente a intervenção de grupo estruturada que inclui estratégias cognitivo-comportamentais, é eficaz em doentes oncológicos (Bottomley, Hunton, Roberts, Jones, & Bradley, 1996; Cunningham & Tocco, 1989; Meyer & Mark, 1995; Osborn, Démoncada & Feurstein, 2006; Rowland & Massie, 2010; Spiegel et al., 1999; Uitterhoeve et al., 2004), podendo afirmar-se que existe suficiente evidência de eficácia deste tipo de intervenção em doentes com cancro (Horne & Watson, 2011; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Tatrow & Montgomery, 2006; Watson, Fenlon & McVey, 1996). O National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) recomenda especificamente o uso da intervenção de grupo cognitivo-comportamental em adultos com problemas de saúde crónicos.

Vários estudos têm demonstrado eficácia terapêutica nos seguintes indicadores psicológicos: *coping* (Cameron et al., 2007), depressão e perturbações de humor (Chujo et al., 2005; Dolbeaut, 2008; Edelman, Bell, & Kidman, 1999; Simpson, Carlson, & Trew, 2001), ansiedade (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginas, & Harman, 2007; Chujo et al., 2005; Dolbeaut, 2008; Kissane et al., 2003), autoestima (Edelman, Bell, & Kidman, 1999), psicopatologia em geral (Simpson, Carlson, & Trew, 2001), funcionamento familiar (Kissane et al., 2003), raiva-hostilidade, desamparo-desesperança e autoimagem (Chujo et al., 2005), bem-estar emocional, perceção do risco de recorrência de cancro e grau de preocupação com a doença (Cameron et al., 2007).

Existem vários tipos de terapia de grupo para doentes oncológicos que, apesar de não serem mutuamente exclusivos, podem ser conceitualmente agrupados, como sugerem Moorey e Greer (2002):

- A **terapia cognitivo-comportamental de grupo** é uma adaptação da terapia individual. Centra-se nos problemas correntes dos doentes, na identificação e disputa de pensamentos automáticos negativos, no estabelecimento de objetivos terapêuticos, no desenvolvimento de competências de *coping*, na prescrição de tarefas de mestria e de prazer, no treino de relaxamento e no encorajamento da expressão de emoções. São exemplos deste tipo de intervenção os de Kissane et al. (1997) e Edelman et al. (1999b).
- A **terapia psico-educativa** foca o fornecimento de informação acerca do cancro e dos tratamentos. Pode incluir o ensino de competências de *coping*, de controlo do stress e de exercícios de relaxamento. São exemplo os programas de Weisman et al. (1980), Johnson (1982), Cain et al. (1986), Cunningham e Tocco (1989), Fawzy et al. (1990 a, b) e Berlung et al. (1994).
- A **terapia de suporte-expressão** foi desenvolvida por Spiegel et al. (1981). Desenvolve-se em sessões semanais, durante o período de um ano, em que são discutidos assuntos como o cancro, os tratamentos, os problemas familiares e comunicacionais, o aprender a viver com o cancro terminal e a morte. Este tipo de intervenção enfatiza a expressão dos sentimentos e medos acerca da doença, o suporte e a aprendizagem mútua.

Mais recentemente, Watson e Kissane (2011) dedicam um capítulo à terapia de grupo centrada no significado, inspirada nos trabalhos de Vitor Frankl e Irvin Yalom. O objetivo desta intervenção é diminuir o desespero, a desmoralização, a falta de esperança e o desejo de apressar a morte, através do aumento do significado de vida, mesmo no caso de eminência de morte (Breitbart & Applebaum, 2011).

Nas tipologias referidas não estão englobados os grupos de autoajuda ou de suporte de pares, por serem distintos dos grupos terapêuticos em diferentes aspetos nucleares, nomeadamente, não são dirigidos por técnicos, não se baseiam numa abordagem teórica terapêutica mas assentam nos benefícios da partilha e do apoio social. É interessante verificar que os grupos de auto-ajuda, que partilham aspectos comuns com os grupos terapêuticos, como a partilha, a interação grupal e o apoio mútuo, têm apresentado eficácia em mulheres com cancro da mama (Dunn, Steginga, Rosoman & Millichap, 2003), e os doentes revelam cada vez maior interesse na integração nestes grupos (Durá & Hernandez, 2001; Gray, Fitch, Davis & Phillips, 1997).

Uma das diferenças entre os diferentes tipos de intervenção é a duração, a intervenção psico-educativa e a cognitivo-comportamental são mais breves (de 6 a 12 sessões), enquanto a de suporte-expressão é mais longa, por exemplo, podendo prolongar-se durante um ano no caso de mulheres com cancro metastizado.

A intervenção cognitivo-comportamental baseia-se no pressuposto de que os sintomas mentais e físicos se devem, em parte, a pensamentos, sentimentos e comportamentos mal-adaptativos. Envolve a identificação e alteração de pensamentos, sentimentos e comportamentos que contribuem para o desenvolvimento e prolongamento dos sintomas. O que distingue a intervenção de grupo cognitivo-comportamental das outras abordagens de intervenção de grupo é o foco na tarefa (White, 2000) e a sua estrutura formal explícita, que integra a instrução didática, a agenda de discussão flexível e a definição de metas atingíveis com feedback de desempenho (Daniels, 1989). Nestes grupos os tópicos incluem muitas vezes competências comunicacionais e relacionais, sendo o terapeuta um facilitador desta aquisição (Brown, 2011).

Os grupos de intervenção psico-educativa ou psicopedagógica, centram-se no fornecimento de informação, assumida como suficiente para que os participantes ultrapassem as suas dificuldades, podendo, no entanto, incluir estratégias empiricamente validadas (Drossel, 2008).

O foco primário destes grupos é a educação acerca de conceitos ou estratégias psicológicas (Gladding, 1995). Segundo a definição da Associação para os Especialistas em Trabalho de Grupo, são grupos que servem para ensinar a lidar com potenciais ameaças, com acontecimentos de vida ou com crises de vida imediatas, onde o objetivo é prevenir a ocorrência de disfuncionalidades educacionais ou psicológicas (ASGW, 1991). Também para Corey (2001), estes grupos são desenhados para desenvolver competências específicas, compreender temas ou lidar com transições de vida. Os grupos psico-educativos são, desta forma, uma mistura de aulas académicas e terapia de grupo, em que os participantes aprendem através da leitura, discussão e observação-participação (Brown, 2011) ou outros métodos experienciais, como a arte, a música, a dança e os jogos (Brown, 2005).

Existem diferentes tipos de grupos de intervenção psico-educativa: de desenvolvimento pessoal, de suporte e relacionados com a terapia e de transições de vida (Brown, 2005).

Considerando que os grupos de intervenção psico-educativa de suporte ou relacionados com a terapia decorrem em paralelo com outro tipo de tratamento, pode considerar-se que este é o subtipo adotado no presente programa, pois, mesmo no caso das sobreviventes que não se encontram a realizar qualquer tratamento, estas têm consultas periódicas de vigilância médica.

Dentro das terapias de grupo orientadas para pacientes com doenças médicas, os estudos com cancro e HIV são os mais prevalentes, sendo a população com cancro mais estudada neste âmbito é a com cancro da mama (Burlingame, Kapetanovic & Ross, 2005).

Quadro 1: Comparação entre as intervenções de grupo psico-educativa e cognitivo-comportamental.

INTERVENÇÃO PSICO-EDUCATIVA	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
Enfatiza a transmissão de informação	Enfatiza os pensamentos, emoções e comportamentos
Engloba informações e estratégias diversas potencialmente úteis	Baseia-se no modelo cognitivo-comportamental
Usa atividade planeadas e estruturadas	Usa atividades planeadas, estruturadas e manualizadas
O facilitador ensina	O terapeuta colabora, orienta e intervém
Foco na prevenção	Foco na resolução de problemas e na recuperação
A auto revelação é aceite mas não obrigatória	A auto revelação é esperada
A privacidade e confidencialidade não são cruciais	A privacidade e confidencialidade são cruciais
Familiarização e conhecimento de novas estratégias	Aquisição, treino e generalização de estratégias
Os principais objetivos são o aumento da informação acerca da etiologia da doença, dos recursos disponíveis para lidar com ela e de como os comportamentos podem afetar o seu curso	Os principais objetivos são a diminuição de sintomas psicológicos, a aquisição de competências cognitivo-comportamentais e adaptação à doença

Diversos estudos sobre as necessidades dos sobreviventes de cancro, revelam que aprender acerca do cancro, compreender os tratamentos médicos e manter a saúde mental e física (através de estratégias de gestão do stress) são as necessidades mais sentidas (Martin, Pollack, Evans, Smith, Kratt et al., 2011; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004). São também frequentes as necessidades de apoio emocional e prático das pessoas significativas e de acesso aos profissionais de aconselhamento (Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004). Todas estas necessidades são trabalhadas na intervenção de grupo InMAMAGroup. É facultada informação acerca da doença, existe familiarização com estratégias de gestão do stress ou estratégias de *coping*, é fornecida a oportunidade de apoio social dentro do grupo e potenciado fora do grupo com a familiarização com as estratégias de comunicação e constitui um meio de acesso aos profissionais de aconselhamento.

A necessidade específica de estratégias para lidar com o medo de recorrência faz parte das sessões de intervenção do programa InMAMAGroup e é salientada pelos sobreviventes de entre as estratégias de gestão do stress. (Crooks, 2001; Kantor & Houldin, 1999; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004). A necessidade de suporte de grupo é também frequentemente relatada por sobreviventes de cancro da mama (Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004).

De acordo com Miller e Massie (2010), o sofrimento emocional dos sobreviventes possa estar relacionado com a incerteza, com a perda de controlo, com o aumento de dependência, com o medo do sofrimento no futuro e com o receio da perda de papéis e relações. A intervenção proposta visa familiarizar os sobreviventes com estratégias para lidar estes problemas. Através dos fatores de risco e de proteção identificados no sofrimento emocional nesta população, as intervenções propostas respondem também à adaptação e ajustamento à doença, nomeadamente, através da promoção das estratégias de *coping*.

O programa InMAMAGroup engloba a familiarização com estratégias de *coping*, quer focadas no problema (alteração das situações), quer nas emoções (gerir ou diminuir o sofrimento emocional). A promoção destas estratégias visa repensar os objetivos de vida, conforme sugerido por diferentes abordagens, como, por exemplo, a de adaptação cognitiva a situações ameaçadoras, de Baldwin, Kellerman & Christensen (2010) e a de autorregulação, de Carver e Sheier (2002).

Procura-se também promover o controlo sobre a situação, aspeto comum a todas as abordagens de *coping* em doença crónica, sendo promovido especificamente o controlo sobre os fatores de risco e de proteção de cancro, fornecendo a ideia e promovendo a adoção de um estilo de vida saudável e protetor relativamente ao cancro.

A intervenção InMAMAGroup familiariza as sobreviventes com estratégias de *coping* associadas a um bom ajustamento à doença (Carver et al., 1993; Danhauer et al., 2009; Dunkel-Schetter et al., 1992; Stanton et al., 2000; Andreotti, Thigpen, Dunn, Watson, Potts et al., 2013; Heim, Valach & Schaffner, 1997; McCaul et al., 1999; Wn, Counte & Cella, 1997; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008; Cordova et al., 2003; Compas & Luecken, 2002; Andreu et al., 2011). As estratégias trabalhadas são comportamentais, emocionais e cognitivas, pelo que, para além de poderem contribuir para a alteração dos processos cognitivos, identificados como importantes no ajustamento de sobreviventes de cancro da mama (Porter, 2006), podem contribuir para adaptação a outros acontecimentos indutores de stress e para lidar com sintomas de ansiedade e de depressão, identificados como fatores de risco de sofrimento emocional nesta população (Andreu et al., 2011; Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006; Burges et al., 2005; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

O grupo é uma oportunidade de apoio social e as sessões de intervenção contêm estratégias de comunicação com os outros (com os parceiros em particular), pelo que fortalecem o apoio social, que se tem mostrado uma área importante no ajustamento à doença (Amaral & Moreira, 2009; Andreu et al., 2011; Aquino & Zago, 2007; Blood, Blood, Kauffman, Raimondi & Dineen, 1995; Bloom, Kang e Romano, 1991; Burges et al., 2005; Canavarro, 2012; Clark, Booth, & Velikova, 2006; Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006; Fredette, 1995; Helgeson & Cohen, 1996; Hoffman, Mullen & Frasson, 2006; Oliveira, Fernandes & Galvão, 2005; Patrão & Leal, 2004; Pistrang & Baker, 1995; Quartana, Schmaus & Zakowski, 2005; Roberts, Lepore & Helgeson, 2006; Silva, Crespo & Northouse, 1995; Varela & Leal, 2007; Wimberly et al., 2005; Wonghongkul, Avis, Crawford & Manuel, 2005).

A procura de informação é outra estratégia de *coping* encontrada nos doentes com cancro (Lauver, Connolly-Nelson & Vang, 2007; Fredette, 1995) que se tenta promover nas intervenções. Outras estratégias identificadas nestes doentes, como as de aceitação (Carver et al., 1993; Lauver, Connolly-Nelson & Vang, 2007), de distração (Lauver, Connolly-Nelson & Vang, 2007; Varela & Leal, 2007), de mestria (Fredette, 1995) e de reavaliação positiva (Carver et al., 1993; Silva, Crespo & Canavarro, 2012; Urcuya, Boyers, Carver & Antoni, 2005) são também trabalhadas.

As participantes são incentivadas a partilhar e expressar os seus pensamentos e emoções, tentando-se promover a expressão emocional, também identificada como fator protetor do sofrimento emocional nesta população (Andreu et al., 2011; Durá et al., 2010; Low, Stanton, & Danoff-Burg, 2006).

O programa contempla ainda sessões e estratégias específicas para lidar com as alterações físicas dos tratamentos e as consequências na imagem e autoestima, igualmente identificadas como relevantes (Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

A evidência sugere que os programas de intervenção devem ter uma duração breve, normalmente de 6 a 8 sessões, com duração de 90 a 120 minutos, de frequência semanal ou quinzenal. Neste contexto, o programa de intervenção de grupo para mulheres com cancro da mama InMAMAGroup é altamente estruturado ao nível dos conteúdos e dos tempos de discussão, possibilitando que um número limitado de sessões seja suficiente para a construção de uma nova perspetiva da doença.

1.3.2. Metodologia de construção da intervenção

O programa InMAMAGroup baseia-se em programas de intervenção de grupo com eficácia comprovada: Edelman, Bell & Kidman, 1999; Fawzy, Fawzy & Canada, 2001; Helgeson, Cohen, & Schultz, 2001; Dolbeaut, Cayrou, Brédart, Viala, Desclaux et al., 2008.

Na promoção de hábitos de vida saudáveis, foram utilizadas informações de vários autores, como Demark-Wahnefried (2010), Guimarães, Gonçalves, Pinto, Santos, Quintela et al. (2003), Hong, Holcomb, Dang, Porampornpilas & Nunez (2010), Ibipino et al. (2005), Rosenbaum (2008), Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes (2007) e Stevinson, Campbell, Sellar & Courneya (2007). Faz-se também alusão às sugestões reunidas por Servan-Schreiber (2008). Esta última referência foi inclusivamente facultada às participantes, uma vez que se trata de um livro acessível.

Por forma a lidarem com as alterações corporais relacionadas com os tratamentos e melhorarem a autoestima, utilizaram-se as sugestões do programa psico-educativo de Dolbeaut et al. (2008), diversificando as atividades de promoção da autoestima, com base na fundamentação teórica sobre o conceito de autoestima recolhida (Wells e Marwell, 1976).

No sentido de alertar para as dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro e com vista à aprendizagem da gestão das emoções foram utilizadas as sugestões de Lent (2007) e Bielger, Chaoul & Cohen (2009). As estratégias de resolução de problemas foram adaptadas da terapia desenvolvida para pessoas com cancro, por Nezu e Nezu (2007). No que respeita à incerteza e ao medo de recorrência do cancro da mama, utilizaram-se as implicações de Armitage, Clifford, Shusterman, Steliqo, Auton et al. (2011), e de Dolbeaut e colaboradores (2008), nas quais se baseia a estrutura das sessões. No que respeita à comunicação nas relações interpessoais, foram utilizadas estratégias gerais de promoção de comportamento assertivo. Por último, relativamente ao estabelecimento de objetivos de vida, tomou-se como base o programa de Dolbeaut e colaboradores (2008).

1.3.3. Avaliação do programa

Objetivos

A avaliação do programa pretende aferir a sua eficácia terapêutica. Pretende-se, nomeadamente, analisar a adequação do programa, identificar os efeitos da participação a nível da sintomatologia psicopatológica, do sofrimento psicológico, das estratégias de *coping*, dos estados de humor, do autoconceito, do crescimento pessoal e da qualidade de vida.

Metodologia

A metodologia adotada é de cariz quantitativo, baseada na administração de escalas de avaliação psicológica, realizada em duas fases, antes e depois da participação no programa e, no caso do grupo de controlo, duas avaliações espaçadas por um período de tempo de 8 semanas sem intervenção. Desta forma, pode-se considerar que a avaliação realizada assenta num estudo de eficácia *quasi-experimental*, com pré e pós teste e com grupo de controlo.

Foram avaliados dois programas distintos, um de intervenção psico-educativa e um cognitivo-comportamental.

No total participaram 62 pacientes, 14 não foram submetidas a qualquer intervenção (grupo de controlo), 26 participaram nas sessões da intervenção psico-educativa e 22 na cognitivo-comportamental. Das participantes iniciais, 4 não foram avaliadas no segundo momento.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica que permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a data de diagnóstico do cancro, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados e a realizar.

A listagem e descrição de instrumentos utilizados encontra-se nas páginas seguintes.

As escalas de avaliação psicológica utilizadas foram as seguintes:

- a) *Cancer Coping Questionnaire*, na versão portuguesa denominado Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey, Frampton, Steven & Greer, 2003; versão Portuguesa: Torres, Pereira & Monteiro, In Press);
- b) *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007);
- c) *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (EORTC QLQ-C30 e BR-23; Aaronson et al., 1993, Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008);
- d) *Inventário Clínico de Autoconceito* (ICAC) de Vaz Serra (1986);
- e) *Questionário de Saúde do Paciente* (PHQ-9; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; versão Portuguesa: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2014);
- f) *Profile of Mood States* (POMS; McNair, Lorr & Droppleman, 1992; versão Portuguesa: Viana, Almeida & Santos, 2001);
- g) *Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico* (Ryff e Essex, 1992; versão Portuguesa; Novo, Silva e Peralta, 1997);
- h) Sub-escala de espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

a) A CCQ é uma escala de auto-resposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. Os autores colocam a hipótese da escala avaliar as estratégias de *coping* para lidar com o cancro, um dos mecanismos de mudança a partir dos quais a terapia cognitivo-comportamental atua. É constituída por duas sub-escalas, a escala individual e a interpessoal, em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis, entre 'nunca' e 'muito frequentemente'. Quanto maiores as pontuações obtidas nas sub-escalas e fatores, mais estratégias de *coping* os respondentes revelam. No estudo de validação original a CCQ apresenta uma boa consistência interna, .87, nos itens da escala individual e .82 nos itens da escala interpessoal, para doentes com cancro da mama. A validade teste-reteste da sub-escala individual obtida foi de .90 (n=25, p<.001) e de .84 (n=19, p<.001) para a sub-escala interpessoal. As outras sub-escalas apresentaram correlações igualmente elevadas, variando entre .67 (para o foco positivo) e .81 (para a Diversão). A versão portuguesa (Torres, Pereira & Monteiro, In Press) atingiu um alfa de Chronbach de .82 e uma estabilidade temporal razoável para a sub-escala individual (rS= .59) e interpessoal (rS= .65).

b) A HADS é uma escala composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão. Permite avaliar a sintomatologia na semana precedente. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3. O paciente deve escolher a opção que melhor corresponde à forma como se sentiu durante a semana anterior. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão.

Relativamente ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para a ansiedade quer para a depressão: valores entre 0 e 7 = 'normal', entre 8 e 10 - 'leve', entre 11 e 15 - 'moderada' e, entre 16 e 21 'grave' (Zigmond & Snaith, 1983).

A escala apresenta no estudo original correlações entre .41 e .76 na sub-escala de ansiedade e entre .30 e .60 na de depressão. Na validação portuguesa encontrou-se um coeficiente alfa de Cronbach de .76 para a subescala de ansiedade e de .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar de na validação portuguesa não ter sido avaliada com doentes oncológicos, as correlações variaram entre .43 e .75 o que permitiu concluir que avalia estados e não traços dos doentes, parecendo sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade.

c) O EORTC QLQ-C30 é um questionário desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. É constituído por 30 questões, distribuídas por quatro formulários, que contribuem para o resultado de 5 escalas funcionais (de funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Estas questões contribuem também para o resultado das restantes 6 escalas, de um único item, que descrevem sintomas diferentes do cancro (de dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras).

Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas.

A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos (não, um pouco, bastante e muito), com a exceção dos dois itens da sub-escala de Saúde global e QdV, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que 1 é 'péssima' e 7 'ótima').

A pontuação é padronizada e varia entre 0 e 100, onde uma pontuação mais elevada indica uma maior QdV.

A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar entre .57 e .87 para as restantes sub-escalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram valores mais extremos (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Os valores de correlação obtidos entre as duas aplicações do instrumentos foram moderados (entre .16 e .31 para as sub-escalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas) indicando uma medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

- d) O ICAC avalia quatro fatores, a aceitação/rejeição social, a auto-eficácia, a maturidade psicológica e a impulsividade-atividade. A pontuação varia dentre 20 e 100 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação obtida melhor é o autoconceito. Revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de .79. Apresenta também boa estabilidade temporal (.84). A validade de constructo, medida através da correlação entre uma classificação pessoal de autoconceito e a nota global da escala, apresenta uma correlação de .47. Foi também determinada a correlação com cada um dos fatores da escala, obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa para os quatro fatores utilizados, ainda que o de Maturidade Psicológica apresente a correlação mais baixa (.20).
- e) O PHQ-9 é uma escala de 9 itens, tipo Likert. É baseado diretamente nos critérios de diagnóstico da perturbação depressiva major do DSM-IV e permite avaliar os sintomas e gravidade desta perturbação. A pontuação varia entre 0 e 27, sendo maior a severidade de sintomas quanto maior for a pontuação total obtida na escala. A validação portuguesa revelou boas características psicométricas, nomeadamente um coeficiente alfa de Cronbach de .86 e de estabilidade temporal de .87.

f) O Perfil de Estados de Humor (POMS; McNair, Lorr & Dropleman, 1971; versão portuguesa: Viana e Cruz, 1993; Viana, Almeida & Santos, 2001) avalia os estados de humor e é composta por seis sub-escalas. As respostas são dadas segundo uma escala de tipo Likert, de 5 níveis, que varia entre 0 (nada) e 4 (muitíssimo). Apresenta valores de alpha de Cronbach que revelam boa consistência interna: depressão (.88), tensão (.75), hostilidade (.85), confusão (.72), fadiga (.91) e vigor (.88). É ainda possível obter uma pontuação total de Perturbação Total do Humor, que consiste numa estimativa do estado afetivo do humor, calculada com a soma das sub-escalas negativas (tensão, depressão, ira, confusão e fadiga) e subtraindo o resultado da escala positiva (vigor), adicionando-se uma constante de 100. Uma primeira adaptação para Portugal foi a de Viana e Cruz (1993), no entanto, a publicação dos primeiros resultados da adaptação para Portugal foi realizada por Viana, Almeida e Santos (2001), que apresentaram resultados equivalentes num estudo posterior de Cruz, Gomes, Roriz, Parente, Amorim et al. (2008).

g) A escala de espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) é constituída por 5 questões e as respostas são dadas numa escala de Likert de quatro alternativas (entre 1-'não concordo' e '4-plenamente de acordo'). Esta escala é composta por duas dimensões, as crenças, centrada na dimensão espiritual e focalizada na atribuição de sentido/significado da vida e a esperança/otimismo, que tem por base a construção da esperança e de uma perspetiva de vida positiva. As propriedades psicométricas desta escala evidenciam valores de validade e fidelidade adequados. O coeficiente alfa de Cronbach para a dimensão das crenças é de .92, e na dimensão esperança/otimismo de .69, sendo a consistência interna global da escala de .74 (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

h) A versão original da Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico apresenta boas características psicométricas, com valores de consistência interna entre .86 e .93 (Ryff & Essex, 1992). A versão portuguesa apresenta coeficientes entre .74 e .93 (Novo, Silva & Peralta, 1997). Usou-se apenas a subescala de crescimento pessoal para identificar a perceção pessoal de um desenvolvimento contínuo, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal. Esta subescala afigura-se como uma das mais importantes na determinação do bem-estar psicológico, apresentando um valor de alfa de Cronbach de .74. Um resultado final elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar (Novo, 2000).

Amostra

A amostra total é constituída por 3 grupos, idênticos nas variáveis consideradas: grupo submetido ao programa de intervenção psico-educativa, PIP, (n= 26), grupo submetido ao programa de intervenção cognitivo-comportamental, PICC, (n= 22) e o que não foi submetido a qualquer intervenção (n= 14). A amostra total engloba mulheres sobreviventes de cancro da mama que foram convidadas e aceitaram participar, pertencentes à Unidade de Senologia do Hospital de Braga e ao “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro e de uma extensão do Norte, da Liga Portuguesa Contra o Cancro (n= 62).

No quadro 2 (página 28) pode observar-se a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra.

Quadro 2: Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra.

Variáveis sócio-demográficas e clínicas	PIP (n = 26)	PICC (n = 22)	Controlo (n = 14)	Diferenças
	Média; DP	Média; DP	Média; DP	H, p
Idade	63.04; 8.23	55.27; 13.30	63.92; 9.11	4.78, .09
Anos desde o diagnóstico	12.50; 6.72	9.18; 6.93	9.57; 4.54	2.07, .36
Anos desde cirurgia	12.15; 6.91	8.71; 6.94	9.85; 4.47	1.71, .43
Anos desde reconstrução	5.75; 1.26	4; 1.41	8.5; 7.78	1.45, .48
Número sessões radioterapia	27.15; 10.10	27.71; 4-19	30.5; 7.45	1.13, .57
Número sessões quimioterapia	7; 3.55	5.38; 2.63	6.11; 2.42	1.04, .59
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2; p
Estado civil				1.89; .93
Casada	21 (80,80)	19 (86,40)	11 (78,60)	
Divorciada	1 (3,80)	1 (4,50)	1 (6,30)	
Solteira	1 (3,80)	0 (0)	1 (6,30)	
Viúva	3 (11,50)	2 (9,10)	1 (6,30)	
Habilitações literárias				12,12; .15
1º Ciclo (1º-4º ano)	3 (11,50)	6 (27,30)	4 (28,60)	
2º Ciclo (5º-6º ano)	2 (7,70)	0 (0)	3 (21,40)	
3º Ciclo (7º-9º ano)	10 (38,50)	4 (18,20)	1 (7,10)	
Ensino secundário (10º-12º ano)	4 (15,40)	4 (18,20)	1 (7,10)	
Formação universitária	7 (26,90)	8 (36,40)	5 (35,70)	
Categoria profissional				15,72; .20
Quadros superiores	3 (11,50)	0 (0)	0 (0)	
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	2 (7,70)	3 (13,60)	0 (0)	
Técnicos e profissionais de nível intermédio	3 (11,40)	7 (31,80)	6 (42,90)	
Pessoal administrativo e similares	10 (38,50)	4 (18,20)	2 (14,30)	
Pessoal dos serviços e vendedores	3 (11,50)	3 (13,60)	1 (7,10)	
Operários, artífices e trabalhadores similares	4 (15,40)	2 (9,10)	3 (21,40)	
Trabalhadores não qualificados	1 (3,80)	3 (13,60)	2 (14,30)	
Meio de deteção do cancro				8,95; .35
Autoexame pela própria	13 (50)	7 (31,80)	4 (28,60)	
Exame realizado pelo médico em consulta de rotina	2 (7,70)	0 (0)	1 (7,10)	
Exames de rastreio solicitados pelo médico	6 (23,10)	3 (13,60)	1 (7,1)	
Rastreio LPCC	2 (7,70)	6 (27,30)	2 (14,30)	
Outro	3 (11,50)	5 (22,70)	4 (28,60)	
Tipo de cirurgia realizada				10,64; .22
Mastectomia	19 (73,10)	14 (63,60)	12 (85,70)	
Quadrantectomia	3 (11,50)	0 (0)	2 (14,30)	
Tumorectomia	1 (3,80)	4 (18,20)	0 (0)	
Mastectomia dupla	2 (7,70)	1 (4,50)	0 (0)	
Quadrantectomia + mastectomia	1 (3,80)	2 (9,10)	0 (0)	
Tipo de tratamento				
Radioterapia	13 (50)	8 (36,40)	7 (50)	1,07; .59
Quimioterapia	16 (61,50)	16 (72,70)	9 (64,30)	.69; .71
Hormonoterapia	14 (53,80)	9 (40,90)	8 (57,10)	1,56; .46
Esvaziamento axilar	16 (61,50)	12 (54,50)	7 (50)	.54; .76

Resultados

Foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas para comparar os resultados dos pré e pós-testes para cada uma das subamostras, com vista à avaliação dos efeitos das intervenções nas variáveis em estudo. Os resultados indicam que o grupo de controlo piorou em vários domínios da qualidade de vida, nomeadamente, a função cognitiva, a dor e a subescala de vigor. Simultaneamente, o grupo com intervenção psico-educativa apresentou melhoria do autoconceito e de uma das suas subescalas, a aceitação social. À semelhança do grupo de intervenção psico-educativa, o grupo de intervenção cognitivo-comportamental apresenta poucos resultados estatisticamente significativos verificando-se, contudo, uma piora significativa do funcionamento de papel (avaliado pelo questionário da qualidade de vida). Estes resultados, apontam no sentido de as intervenções de grupo psico-educativa e cognitivo-comportamental poderem contribuir para a manutenção da função cognitiva e da dor, bem como, para a manutenção do vigor, que parecem deteriorar-se com o tempo de sobrevivência sem qualquer intervenção (como se verificou no grupo de controlo).

Contrariamente à maioria dos estudos realizados, não existiram grandes alterações com as intervenções de grupo, com exceção da melhoria do autoconceito com a intervenção psico-educativa. As diferenças encontradas podem estar relacionadas com a dimensão reduzida da amostra, pelo que se sublinha a pertinência de estudos futuros com amostras maiores e mais representativas.

A diminuição da função de papel na qualidade de vida com a intervenção cognitivo-comportamental poderá estar relacionada com a aquisição de uma perceção mais realista das limitações devidas à doença e com a necessidade de aceitação e de adaptação a essas limitações. A realização de mais momentos de avaliação, após o final da intervenção, poderia ajudar a esclarecer se este efeito se mantém ou se tem outras consequências mais tarde. A replicação deste estudo com amostras mais representativas e aleatórias, poderão ajudar a clarificar se este efeito se verifica.

Apesar de se verificarem poucas alterações significativas e de se verificar uma deterioração da função de papel, o facto de se registar menor deterioração do que no grupo sem intervenção demonstram a pertinência das intervenções. E como se conhece que são intervenções com um bom custo-eficácia, aconselha-se que sejam utilizadas na prática clínica (ainda que se recomende a monitorização dos resultados em mais momentos). Encontraram-se também melhorias a nível do autoconceito na intervenção psico-educativa, pelo que se recomenda esta especialmente.

Alguns estudos têm encontrado uma deterioração da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001), à semelhança do que se verificou com as participantes que não foram sujeitas a qualquer intervenção no nosso estudo. Este resultado fortalece a pertinência da intervenção nesta população.

Parece-nos haver evidência da pertinência do programa para a prática clínica com sobreviventes de cancro da mama, uma vez que demonstra potencial para diminuir a deterioração da função cognitiva, da dor e do vigor e para melhorar o autoconceito.

Podem observar-se os resultados da avaliação do programa nos quadros 3 a 5 (pp. 33-34).

O presente programa InMamaGroup baseou-se na intervenção psico-educativa testada, que, face aos resultados obtidos na avaliação, se considerou mais indicada para esta população. Foram no entanto adicionadas e sistematizadas no programa algumas das estratégias cognitivo-comportamentais avaliadas no sentido de completar e enriquecer o programa final.

Quadro 3: Resultados pré e pós teste - Grupo de intervenção psico-educativa.

	PRÉ Média	PÓS Média	z	p
Coping CCQ				
Sub-escala Individual	35,93	34,54	-.49	.62
Sub-escala Interpessoal	14,14	10,86	-1,78	.08
Sintomatologia HADS				
Ansiedade	6,12	5,80	-.14	.88
Depressão	3,12	3,20	-.78	.44
Qualidade de vida QLQ C30 BR 30				
Estado geral de saúde / QDV	68,23	63,33	-.64	.52
Função física	84,17	84,44	-.11	.92
Função do papel	87,50	95,56	-1,51	.13
Função emocional	78,65	82,78	-.83	.41
Função cognitiva	88,54	88,89	0	1
Função social	95,83	6,67	-1	.32
Fadiga	13,19	14,07	-.38	.71
Náusea e vômito	6,25	6,67	0	1
Dor	15,63	16,67	-.07	.94
Dispneia	4,17	0	-1,41	.16
Insónia	67,25	13,33	-.91	.37
Perda do apetite	2,08	4,44	-1	.32
Obstipação	10,41	17,78	-1	.32
Diarreia	2,08	2,22	0	1
Dificuldades financeiras	8,33	2,22	-1,41	.16
Imagem corporal	91,67	92,22	-.37	.71
Função sexual	25,56	22,22	-1	.32
Satisfação sexual	46,67	40,74	-1	.32
Perspetivas futuras	66,67	66,67	-.09	.93
Efeitos colaterais da terapia	7,62	8,57	-.49	.63
Sintomas da mama	17,19	15,56	-.11	.92
Sintomas braço	20	18,52	-.43	.67
Incómodo queda cabelo	33,33	50	a)	a)
ICAC				
Total	75,60	77,96	-2,54	-.01*
Aceitação social	17,85	18,73	-2,03	-.04*
Autoeficácia	22,46	23,27	-1,64	.10
Maturidade psicológica	15,31	15,81	-1,85	.06
Impulsividade	11,48	11,65	-1,07	.29
PHQ-9	4,92	4,58	-.54	.59
POMS				
Perturbação total humor	108,71	106,33	-.84	.40
Depressão	3,92	4,30	-1,12	.26
Tensão	4,64	5,08	-.37	.71
Hostilidade	3,10	2,92	-.14	.89
Confusão	3,27	4,82	-1,06	.29
Fadiga	3,17	2,80	-.11	.91
Vigor	10,18	10,75	-.17	.87
EBEP	70	67,64	-1,67	.10
Sub-escala Espiritualidade				
Espiritualidade	15,45	16,23	-.21	.83
Crenças	7,33	7,54	-.56	.58
Esperança/otimismo	8,50	8,69	-.17	.86

a) Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon.
* p < .05

Quadro 4: Resultados pré e pós teste - Grupo de intervenção cognitivo-comportamental.

	PRÉ Média	PÓS Média	z	p
Coping CCQ				
Sub-escala Individual	33,94	36	-.31	.75
Sub-escala Interpessoal	14,50	13,69	-.42	.68
Sintomatologia HADS				
Ansiedade	7,27	6,55	-.36	.72
Depressão	4,14	4,32	-.36	.72
Qualidade de vida QLQ C30 BR 30				
Estado geral de saúde / QDV	69,69	68,75	-.88	.38
Função física	82,86	81,67	-.11	.92
Função do papel	90,83	80	-2,59	.01*
Função emocional	73,86	72,50	-.48	.63
Função cognitiva	76,98	76,67	-.91	.37
Função social	88,63	84,17	-1,33	.19
Fadiga	27,22	27,49	0	1
Náusea e vômito	7,14	1,67	-1,29	.20
Dor	18,25	26,67	-1,50	.13
Dispneia	1,59	5	-1,41	.16
Insónia	33,33	31,67	-.33	.74
Perda do apetite	17,46	11,67	-1,34	.18
Obstipação	16,67	15	-.30	.76
Diarreia	4,55	8,33	-.71	.48
Dificuldades financeiras	12,12	8,33	-.63	.53
Imagem corporal	82,54	84,17	-.40	.69
Função sexual	23,02	25,93	-.73	.47
Satisfação sexual	60	48,15	-1	.32
Perspetivas futuras	43,93	53,33	-.78	.44
Efeitos colaterais da terapia	17,91	17,46	-.16	.87
Sintomas da mama	23,48	25,42	-.55	.58
Sintomas braço	22,22	19,88	0	1
Incómodo queda cabelo	22,22	0	a)	a)
ICAC				
Total	77,70	77,76	-.32	.75
Aceitação social	18,68	2,81	-1,27	.21
Autoeficácia	23,71	22,53	-1,51	.13
Maturidade psicológica	16	16,10	-.25	.80
Impulsividade	11,95	12,45	-.90	.37
PHQ-9	5,77	5,83	-.10	.92
POMS				
Per perturbação total humor	106,75	104,55	-1,37	.17
Depressão	2,77	2,71	-1,17	.24
Tensão	4,53	4,07	-.18	.86
Hostilidade	3,13	2,42	-1,38	.17
Confusão	3,40	4,31	-1,38	.17
Fadiga	5	5,13	-.89	.37
Vigor	11,47	9,14	-1,53	.13
EBEP	69,38	61,64	-1,15	.25
Sub-escala Espiritualidade				
Espiritualidade	16,30	17	-.35	.73
Crenças	6,30	6,70	-.86	.39
Esperança/otimismo	10	10,30	-.42	.67

a) Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon.

* p < .05

Quadro 5: Resultados pré e pós teste - Grupo de controlo.




	PRÉ Média	PÓS Média	z	p
Coping CCQ				
Sub-escala Individual	30,67	28,90	-1,38	.17
Sub-escala Interpessoal	12	11,20	-.73	.46
Sintomatologia HADS				
Ansiedade	6,69	8,83	-1,37	.17
Depressão	4,62	7	-1,23	.22
Qualidade de vida QLQ C30 BR 30				
Estado geral de saúde / QDV	74,36	68,75	-.72	.47
Função física	87,69	83,33	-1,39	.16
Função do papel	93,93	87,50	-1,51	.13
Função emocional	75,64	68,93	-.26	.80
Função cognitiva	84,72	71,21	-2,45*	.01
Função social	96,15	86,11	-1,63	.10
Fadiga	25,64	30,56	-.68	.50
Náusea e vômito	1,39	4,17	-1,41	.16
Dor	6,94	11,11	-2*	.04
Dispneia	5,13	8,33	-1	.32
Insónia	25,64	41,67	-1,41	.16
Perda do apetite	7,69	19,44	-1,63	.10
Obstipação	17,95	22,22	-.58	.56
Diarreia	2,57	2,78	0	1
Dificuldades financeiras	2,57	16,67	-1,63	.10
Imagem corporal	85,90	84,03	-.42	.67
Função sexual	16,67	13,89	-.45	.66
Satisfação sexual	33,33	33,33	-1	.32
Perspetivas futuras	69,23	66,67	0	1
Efeitos colaterais da terapia	18,31	15,24	-.71	.48
Sintomas da mama	21,79	29,55	-.72	.47
Sintomas braço	15,38	19,44	-.68	.50
Incómodo queda cabelo	33,33	0,20	0	1
ICAC				
Total	75,20	71,27	-1,54	.12
Aceitação social	17,33	16,27	-.26	.80
Autoeficácia	22,92	21,58	-1,65	.10
Maturidade psicológica	16,17	15,09	-1,71	.09
Impulsividade	10,75	10,33	-.52	.60
PHQ-9				
	6,25	5,75	-.45	.66
POMS				
Perturbação total humor	107,33	122	-1,60	.11
Depressão	4,90	5,80	-1,36	.18
Tensão	3,88	5	-.42	.67
Hostilidade	2,70	4,80	-.81	.42
Confusão	4,18	5	-1,21	.22
Fadiga	4,42	6,91	-1,87	.06
Vigor	10,45	8	-2,55*	.01*
EBEP				
	65,91	65,45	-.18	.86
Sub-escala Espiritualidade				
Espiritualidade	14,17	13,80	-.53	.60
Crenças	5,58	5,91	-1,89	.06
Esperança/otimismo	8,58	7,90	-1,08	.28

* p< .05

Aplicação do Programa

2. APLICAÇÃO DO PROGRAMA

A estrutura das sessões varia de acordo com a informação veiculada em cada uma das sessões e das atividades correspondentes. São dadas informações acerca do tempo e da estrutura sugerida para cada atividade das sessões, recorrendo aos símbolos seguintes :

Símbolo	Significado
	Instruções do terapeuta
	Duração da atividade
	Atividade individual
	Atividade de grupo

Serão dadas sugestões de instruções a ser veiculadas pelo terapeuta. As sugestões devem ser adaptadas ao contexto ou situação específica e ao estilo pessoal do terapeuta pelo que se recomenda o estudo da sessão antes da sua realização.

No documento **Anexos** encontram-se os materiais a utilizar na entrevista inicial, registo de presenças e folhetos das sessões para entregar às participantes.

2.1. NORMAS GERAIS DE APLICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE GRUPO

A intervenção de grupo apresenta especificidades diferentes da individual, de organização, de estrutura da intervenção, de seleção de pacientes, das características do terapeuta, da estrutura intra sessão e inter sessões. Atendendo às especificidades deste género de programa apresentam-se algumas recomendações:

- **Espaço físico** - deve ser adequado à realização das sessões. Deve ter uma dimensão adequada ao número de participantes (que não deve exceder as 15 participantes) para que se consiga criar um ambiente acolhedor. O espaço também deve possibilitar, se possível, o contacto direto das participantes, o que pode ser possibilitado por cadeiras com apoio para escrever. Devem estar disponíveis os materiais que possam ser necessários, como por exemplo, folhas e canetas.
- **Calendarização** - deve permitir a participação das pacientes em todas as sessões, sem que tal condicione, na medida do possível, as suas tarefas habituais.
- **Recolha de informação** - devem ser selecionados os instrumentos de avaliação adequados, quer para seleção das participantes, quer para a avaliação dos resultados.
- **Desistências e conflitos** - deve estabelecer-se previamente a abordagem a adotar nas desistências (*dropouts*) e na falta de adesão terapêutica (*non-compliance*). Aconselha-se que quando alguém falte, o terapeuta informe a participante, por telefone, dos conteúdos abordados na sessão. A assiduidade é muito importante neste tipo de programa. Se existirem conflitos o terapeuta deverá abordá-los de forma individual e, em último caso, excluir pessoas do grupo (o que deve ser feito da forma mais aberta possível). Se existirem assuntos que as participantes não consigam apresentar em grupo, devem fazê-lo individualmente. O terapeuta deve encorajar as participantes a verbalizar alguma insatisfação com o grupo ou algum pensamento acerca de desistência do grupo.

- **Consentimento informado** - as participantes devem preencher uma declaração de consentimento informado, em que se esclarecem os objetivos das intervenções. Deve ser assinado em duplicado, um para a participante e outro para os psicólogos.
- **Seleção e avaliação das participantes** - é necessário avaliar clinicamente as participantes antes da realização do grupo. Devem ser definidos requisitos para a seleção das participantes, tendo em consideração os objetivos e a intervenção a realizar. O ideal é que a avaliação clínica conduza a um diagnóstico completo e rigoroso usando critérios de diagnóstico globalmente reconhecidos, como os da DSM-IV (2002) ou da CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2002-2003). O objetivo desta avaliação é conseguir, através do diagnóstico, identificar as áreas e sintomas mais urgentes em que se deve intervir, o que tem repercussões no planeamento apropriado da intervenção. A identificação de traços ou perturbações de personalidade nas participantes ajudarão o terapeuta a estar preparado para lidar com as particularidades do grupo, permitindo-lhe prever como as características de personalidade diagnosticadas influenciarão os processos grupais ou se não é desejável integrá-las no grupo. A entrevista deverá, então, avaliar se as pacientes são adequadas para serem integradas num grupo. Devem ser estabelecidos critérios explícitos de inclusão e exclusão. Aconselham-se como critérios de inclusão a idade mínima de 18 anos e a ausência de sinais da doença. Recomendam-se como critérios de exclusão: perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama; perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool; perturbações cognitivas e outras condições que possam contraindicar o trabalho em grupo, como, recente tentativa de suicídio ou ideação suicida, inaptidão para participar em tarefas de grupo, severa incompatibilidade com outros membros, acentuada falta de motivação para a mudança e/ou frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea.

A avaliação geral da adequação das pacientes à terapia de grupo deve partir da apresentação dos objetivos da terapia, da familiarização com os processos de grupo e do fornecimento de expectativas realistas quanto à mesma, pois a aceitação dos pressupostos da terapia informa os terapeutas do nível de adequação e de motivação dos pacientes face à mesma e diminuem a possibilidade de desistência (*dropout*) durante a terapia.

A observação da adequação das pacientes à terapia de grupo cognitivo-comportamental deve atender especialmente ao estilo interpessoal do paciente e ao seu ajustamento ao modelo cognitivo-comportamental. No que diz respeito ao estilo interpessoal do paciente, deve ser feita uma observação atenta do maior número possível de variáveis interpessoais como, por exemplo, o estilo de ligação e relação terapêutica estabelecida durante a entrevista, a frequência dos comportamentos potencialmente disruptivos indesejados para o grupo (como respostas tangenciais, expressões abertas de ideação suicida, extrema carência ou necessidade de afirmação e expressão de hostilidade ou de desconfiança), bem como, a frequência dos comportamentos positivos (auto revelação e afeto ou humor apropriado). Para avaliação do estilo interpessoal podem também ser relevantes informações acerca das relações significativas, indicador importante da capacidade dos pacientes de estabelecer e fortalecer relações interpessoais.

- **Composição e estrutura do grupo** - Deverá optar-se por grupos homogéneos, no sentido de facilitar os processos de identificação com os outros pacientes. É necessária homogeneidade quanto à idade (maiores de 18 anos), ao tipo de cancro (cancro da mama), fase da doença (sem sinais de doença) e ao género (feminino). É recomendado também que se mantenha a homogeneidade na língua materna e na cultura. As minorias beneficiarão mais de intervenção individual.

Contudo, é aconselhável que exista alguma heterogeneidade para que os pacientes possam subentender a universalidade dos seus problemas e para que a diferença possa enriquecer as perspetivas do grupo.

Aconselham-se grupos fechados, isto é, que não admitam a entrada de participantes depois do início, com exceção para pacientes hospitalizados (nesse caso, podem ser utilizados grupos abertos, devido à dificuldade de fazer coincidir datas de internamento e horas livres de tratamentos).

Apesar de ser importante o cumprimento da agenda das sessões (i.e., sequência e tempo despendido nas tarefas previstas), as sessões não devem ser seguidas de forma demasiado rígida. Deverá haver espaço para a discussão e integração de exemplos de grupo. É importante, no entanto, salientar que pode não ser possível que todas as participantes partilhem os exemplos, a não ser que o grupo seja muito pequeno (3 a 4 participantes).

A agenda pode não ser cumprida, excecionalmente, se existirem necessidades dos membros que o justifiquem. O terapeuta deve sempre questionar-se 'este desvio será útil para o grupo com o decorrer do material que está planeado?'. Deve existir sempre preocupação com o equilíbrio entre a flexibilidade e a fuga completa à agenda prevista para a sessão.

No final de cada sessão, deve existir tempo para uma síntese dos assuntos abordados na mesma.

- **O terapeuta** - as intervenções InMAMAGroup foram desenvolvidas, aplicadas, testadas e avaliadas por psicólogos com formação básica, teórica e prática cognitivo-comportamental, com formação específica em terapia de grupo, com experiência em psico-oncologia e detentores de cédula profissional atribuída pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Sugere-se que exista uma base de orientação em terapia cognitivo-comportamental (TCC), antes de iniciar a prática, observação e trabalho com processos de grupo. Os terapeutas de grupo devem possuir uma combinação de experiências prévias que incluam treino em modelos e técnicas de TCC, a supervisão direta em múltiplos casos de TCC individual, a observação participativa e a co-terapia em TCC de grupo liderado por outro terapeuta. Internacionalmente são estes os pressupostos requeridos para este tipo de programa, tendo sido dirigidos quer por psicólogos, quer por outros técnicos (psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, por exemplo).

Deve considerar-se a postura ou estilo interpessoal do terapeuta. Apesar de pouco documentado, alguns autores como White (2000) sugerem algumas características que o líder de um grupo deverá ser capaz de apresentar: modelar uma participação ativa, modelar a tolerância e abertura às diferenças individuais, usar a colaboração e o diálogo socrático e, por fim, comunicar a universalidade da experiência, através da utilização de linguagem como, por exemplo, o uso do "nós". Para Morran, Stockton e Whittingham (2004) existem duas competências gerais inerentes aos terapeutas:

Proteger: clarificar e estabelecer as normas do grupo e controlar as formas de comunicação;

Envolver: incentivar à participação, à modelação de um comportamento interpessoal adequado, fazer a ligação das afirmações aos objetivos do grupo, explorar a experiência das participantes e interpretá-la num quadro cognitivo-comportamental, fornecer feedback contingente (especialmente em relação à tentativa de monopolização do tempo do grupo, à rejeição na participação ou à manifestação de hostilidade).

O terapeuta deve ser um facilitador dos processos terapêuticos, ajudando os pacientes a articular os seus pensamentos automáticos negativos ou a desenvolver as suas próprias hierarquias, adotando uma postura não demasiado diretiva, usando questões e o *feedback* para aprofundar a compreensão e a revelação dos pacientes.

Outras competências, como as de apresentação e oralidade, são importantes. O terapeuta deve utilizar uma linguagem simples, clara e direta, e apresentar coerência entre comportamento verbal e não verbal. É também relevante a capacidade do terapeuta para transmitir técnicas terapêuticas sofisticadas num grupo estruturado (Bright, Baker & Neimeyer, 1999) e que tenha a capacidade de completar as tarefas da sessão e de cumprir a agenda.

É frequente a intervenção de grupo cognitivo-comportamental contar com um terapeuta principal e um co-terapeuta. O terapeuta principal tem responsabilidade sobre a liderança das discussões do grupo e decisões centrais dos processos grupais e da agenda das sessões. O co-terapeuta, pode ser responsável por algum do material e oferecer um segundo conjunto de 'olhos e ouvidos' clínicos. Os terapeutas devem reunir antes das sessões para discutir o material por qual cada um estará responsável e antecipar obstáculos relativos ao material a utilizar na sessão. Devem também reunir no final da sessão para partilhar observações sobre o uso de técnicas ou processos e para providenciar medidas que possam ser necessárias nas próximas. Poderá ainda existir um terceiro terapeuta, um observador participante. Este terá um papel mais flexível e, para além de observar todos os processos grupais, poderá participar na preparação e na retificação do material. O número de terapeutas envolvido garantir que sejam vistos como uma equipa terapêutica colaborativa.

Em suma, um terapeuta de grupo deve:

- Personificar os princípios de empirismo colaborativo, da descoberta guiada e da aprendizagem socrática;
- Ser sensível aos fatores dos processos grupais, observar as ligações entre os membros do grupo, encorajando abertura e apoio entre os membros,
- Usar um estilo acolhedor, empático e diretivo que equilibre a coesão grupal com a aprendizagem;
- Observar qualquer obstáculo ou problema de processo e estrutura e fazer tentativas assertivas para os resolver;
- Estar atento ao estágio de desenvolvimento do grupo, respeitando a evolução das suas dinâmicas e permitindo-lhe autonomia suficiente para os membros interagirem.

2.2. NORMAS ESPECÍFICAS DE APLICAÇÃO DO PROGRAMA INMAMAGROUP

SESSÃO 1 Apresentação



15 min

1. Apresentação do terapeuta, do programa e das regras de funcionamento



- Apresentação breve dos terapeutas e explicação das suas funções:



“Olá a todas, sejam bem vindas ao programa InMamaGroup. O meu nome é _____ e sou o(a) terapeuta que vos vai acompanhar neste programa. Tenho ____ anos, sou licenciado(a) em _____ e tenho trabalhado nos últimos anos em _____. Neste processo que vamos agora iniciar irei conduzir o grupo, transmitir diversas informações e dinamizar algumas atividades.”

- Entregar papel e caneta às participantes para poderem anotar informações sobre as sessões.
- Falar sempre na 1ª pessoa do plural, para que as participantes sintam que todos fazem parte do grupo, incluindo os terapeutas.
- Objetivos do programa:

“Ao longo deste programa vamos, em conjunto, partilhar as nossas experiências e vivências. Vamos aprender alguns conceitos novos e discutir diversas questões. Vamos reforçar as estratégias de que dispomos de forma a melhorarmos a nossa qualidade de vida.”



- Explicação das regras de funcionamento:

“Vamos ver algumas regras e recomendações para que o nosso trabalho em grupo seja eficaz e agradável:

Falar na sua vez - sem interromper o outro;

Escutar - escutar ativamente o outro;

Garantia de confidencialidade - a experiência pode ser partilhada fora do grupo, mas devemos manter o anonimato;

Participação anónima - vamos tentar tratar-nos pelo primeiro nome;

Discrição em relação aos médicos e técnicos de saúde - durante as sessões não podemos nomear nenhum cuidador;

Devem informar se iniciarem sessões de ajuda psicológica exteriores ao grupo;

Implicação sincera na terapia - devemos tentar manter a motivação, falar das nossas próprias experiências, participar, vir a todas as sessões, ficar até à sessão de relaxamento;

Estabelecer as datas e horário de realização do grupo - vamos ter 8 sessões, uma por semana. Precisamos de comprometer-nos com as datas das sessões, é muito importante a frequência de todas as sessões!

Deverá ter em consideração feriados e impedimentos que as participantes possam ter. Todas as participantes devem conhecer e registar as datas e horários que acordarem.



2. Apresentação das participantes



- Apresentação individual das participantes:



“Agora vou pedir-vos que façam uma pequena apresentação para nos ficarmos a conhecer. Gostaria que cada uma dissesse o seu nome, a idade, o estado civil, a ocupação, (o que quiserem acrescentar), quais as motivações para participar no grupo e expectativas.”

Caso considere necessário, o terapeuta poderá iniciar a apresentação, repetindo a sua e acrescentando alguns dados. Poderá também utilizar uma atividade para “quebrar o gelo”, como por exemplo, pedir às participantes que escrevam os elementos pretendidos na apresentação numa folha, passá-lo à pessoa à sua direita e cada uma ler e fazer a apresentação da pessoa à sua esquerda.



- Atividade de demonstração de características comuns ao grupo:

A atividade visa promover o sentimento de partilha de aspetos comuns e a interação entre as participantes ajudando a minimizar algum desconforto ou constrangimento que possa existir.

As participantes colocam-se em círculo e cada uma verbaliza algo de que gosta, aproximando-se do centro, sendo acompanhada nessa aproximação por cada participante que também partilhe desse gosto. Os terapeutas devem dar o exemplo, iniciando a atividade com “Eu gosto de ajudar”. A atividade deve terminar quando todos estiverem no centro do círculo, muito perto uns dos outros.



“Vamos fazer um círculo. Agora, uma de cada vez, vamos dizer em voz alta uma coisa de que gostamos e, ao dizê-la, damos um passo em frente. Todas as que partilhem esse gosto devem também dar um passo em frente. Depois passamos à pessoa que está à direita e assim sucessivamente. Eu começo! Eu gosto de...ajudar!”

No final da atividade (após todas as participantes terem referido coisas de que gostam) as participantes devem regressar aos seus lugares. O terapeuta pode questionar o grupo sobre que gostaram da atividade, o que sentiram, que objetivo pensam que terá, etc. Deverá ser reforçada a ideia de que apesar de todas serem muito diferentes, todas têm vários aspetos em comum além do cancro.



3. Identificação das dificuldades encontradas no percurso da doença

“Lembrem-se que têm partilhado uma experiência fora do comum”



- As participantes devem identificar os problemas encontrados em diferentes fases da doença - no período de doença, durante os tratamentos e neste momento.



“Nesta atividade vou pedir que, individualmente, escrevam as dificuldades ou problemas com que se depararam nas diferentes fases da doença por que passaram: durante a doença, nos tratamentos e atualmente.”

Dar o tempo necessário para que todas as participantes completem a tarefa.

“Já todas terminaram? Vou pedir que leiam em voz alta o que escreveram.”

O terapeuta deverá escrever no quadro ou flipchart os títulos das sessões seguintes do programa. Quando todas terminarem, solicitar que, uma a uma, leiam em voz alta o que registaram. O terapeuta deverá enquadrar as dificuldades e problemas relatados pelas participantes nas sessões do programa (numa ou mais). Pode, por exemplo, assinalar com um risco ou cruz em que sessão se pode enquadrar o problema e explicar de que forma se pode abordá-lo no âmbito da sessão (por exemplo, a dificuldade referida em olhar para a cicatriz, poderá ser abordada na sessão 3, em que se falará como lidar com as alterações corporais). O terapeuta deve referir que todas as dificuldades tentarão ser abordadas durante as sessões com que estão mais relacionadas.



3. Identificação das dificuldades encontradas no percurso da doença

“Lembrem-se que têm partilhado uma experiência fora do comum”



- Leitura das participações das doentes enquadradas nos temas das sessões seguintes:

Sessão 2: Estilo de vida contra o cancro

Sessão 3: Alterações corporais

Sessão 4: Gerir as emoções

Sessão 5: Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade

Sessão 6: Incerteza e medo de recorrência

Sessão 7: Comunicação nas relações interpessoais

Sessão 8: Viver e objetivos pessoais

SESSÃO 2

Estilo de vida contra o cancro



15 min

1. O carácter multifatorial do cancro



- Solicitar que anotem respostas para a pergunta: "Por que é que eu tive cancro?"

"Para dar início a esta atividade vou pedir-vos que, individualmente, apontem as razões pelas quais pensam que tiveram cancro. "

Dar tempo suficiente para que cada pessoa aponte 2 ou 3 motivos. O terapeuta deverá circular pela sala verificando a realização da tarefa.

- Ler e agrupar as respostas nas categorias (ver quadro).

O terapeuta deverá escrever no quadro ou *flipchart* as categorias e anotar, com um traço ou cruz em que categoria se insere a causa apontada pelas participantes. Alternativamente, pode ir agrupando as respostas das participantes à medida que as forem dizendo e no final nomear a categoria. Caso não surjam espontaneamente todas as causas o terapeuta deverá introduzi-las.

"Já todas terminaram? Vou pedir que leiam em voz alta o que escreveram."

As hormonas	O tratamento de substituição hormonal
O stress	A alimentação
Os antecedentes familiares	O estilo de vida
A personalidade	A poluição
Não ter tido filhos	A amamentação
O álcool	O tabaco

- Desenvolver a ideia de que o cancro da mama é multifatorial:

Transmitir que, cientificamente, não há evidência suficiente para afirmar que os fatores psicológicos, com o stress ou a não expressão das emoções negativas, tenham um papel importante no aparecimento e na evolução da doença.

Contribuir para a perceção de impossibilidade e inutilidade de tentar encontrar-se uma resposta objetiva e definida acerca da existência de causas únicas para o aparecimento da doença.



15 min

1. O carácter multifatorial do cancro

- Apresentação de informação sobre os fatores de risco que se conhecem e que podem contribuir para o aparecimento de cancro da mama. O objetivo é aumentar o conhecimento dos fatores reforçando a ideia de que alguns podem ser controlados.

Os fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver cancro da mama incluem:

Idade: a probabilidade aumenta com a idade.

História pessoal de cancro da mama: uma mulher que já tenha tido cancro da mama numa mama, tem maior risco de ter a doença na outra mama.

História familiar: o risco aumenta se houver história familiar de cancro da mama, ou seja, se a mãe, tia ou irmã tiveram cancro da mama, especialmente em idades mais jovens (antes dos 40 anos). Ter outros familiares com cancro da mama, do lado materno ou paterno da família pode, também, aumentar o risco.

Algumas alterações da mama: algumas mulheres, apresentam células mamárias que parecem anormais, quando vistas ao microscópio. Determinado tipo de células anormais, como sejam a hiperplasia atípica ou o carcinoma lobular *in situ*, aumentam o risco.

Alterações genéticas: alterações em certos genes (BRCA1, BRCA2, entre outros) aumentam o risco. Em famílias onde muitas mulheres tiveram a doença, os testes genéticos podem, por vezes, demonstrar a presença de alterações genéticas específicas. Assim sendo, em mulheres que apresentem estas alterações genéticas, podem ser sugeridas medidas para tentar reduzir o risco e melhorar a deteção precoce da doença.

Primeira gravidez: depois dos 31 anos.

História menstrual longa: mulheres que tiveram a primeira menstruação em idade precoce (antes dos 12 anos), tiveram uma menopausa tardia (após os 55 anos) ou que nunca tiveram filhos (nuliparidade), apresentam risco aumentado.

Terapêutica hormonal de substituição: mulheres que tomam terapêutica hormonal para a menopausa (apenas com estrogénios ou estrogénios e progesterona), durante 5 ou mais anos após a menopausa parecem, também, apresentar maior possibilidade de desenvolver cancro da mama, ainda que este facto não esteja comprovado.

Raça: ocorre com maior frequência em mulheres caucasianas (brancas) comparativamente a mulheres latinas, asiáticas ou afro-americanas.

Radioterapia na região peitoral: mulheres que tenham feito radioterapia na região peitoral, incluindo as mamas, antes dos 30 anos, apresentam um risco aumentado. Esta situação inclui mulheres com linfoma de Hodgkin que foram tratadas com radiação. Estudos demonstram que quanto mais nova era a mulher, na altura dos tratamentos com radioterapia, mais elevado é o risco de vir a ter cancro da mama.

Densidade da mama: mulheres com idade mais avançada que apresentam, essencialmente, tecido denso (não gordo) numa mamografia (raio-X da mama), têm risco aumentado.

Obesidade depois da menopausa: mulheres obesas após a menopausa, apresentam um risco aumentado. A obesidade está relacionada com uma proporção anormalmente elevada de gordura corporal, tendo em conta que o corpo produz alguns estrogénios (hormona feminina) no tecido gordo é, assim, mais provável que as mulheres obesas apresentem níveis elevados de estrogénios e, conseqüentemente, risco aumentado. Alguns estudos demonstram que o aumento de peso, após a menopausa, aumenta o risco.

Inatividade física: mulheres que são fisicamente inativas, durante a sua vida, parecem ter um risco aumentado. Ser fisicamente ativa pode ajudar a diminuir este risco, através da prevenção do aumento de peso e da obesidade.

Bebidas alcoólicas: alguns estudos sugerem haver relação entre a maior ingestão de bebidas alcoólicas e o risco aumentado de cancro da mama.



- Preenchimento de um questionário de autoavaliação dos hábitos de vida - Anexo III



O preenchimento do questionário tem como objetivo que as participantes identifiquem os seus hábitos de vida, com vista à identificação de fatores de risco e de proteção.

- Os fatores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protetores contra o cancro são:

- a) Dieta e controlo do peso*
- b) Cessaçãõ tabágica*
- c) Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele*

a) Dieta e controlo do peso

A dieta e o controlo do peso são importantes porque:

- 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou obesidade;
- A obesidade (pós-menopausa) é um dos fatores de risco de cancro da mama, bem como, de outros tipos de cancro (cólón, rim, esófago e endométrio);
- O ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida e representa um risco aumentado de declínio funcional, comorbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

Como se pode perder peso?

- Controle das porções de comida;
- Redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição de alimentos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada);
- Exercício físico de resistência.

Atividade física

- Pode fazer desporto, como por exemplo, nataçãõ. É inconveniente a prática de sky ou de ténis (devido ao risco de queda/embate na zona afetada);
- A atividade física diminui o risco de cancro da mama;
- A Sociedade Americana de Oncologia recomenda 45 minutos diários de exercício pelo menos 5 dias por semana;
- Mulheres que praticam exercício mais intenso chegam a ter até 40% menos probabilidade de desenvolver cancro da mama;
- Benefícios da atividade física:
 - Aumento do tempo de sobrevivência;
 - Diminuição do risco de recorrência do cancro;
 - Melhor qualidade de vida;
 - Menor fadiga;
 - Diminuição da prevalência do excesso de peso e obesidade;
 - Benefícios positivos no tratamento do cancro;
 - Benefícios no *coping* e na reabilitaçãõ psicológica;
 - Benefícios nas funções cerebrais;
 - Benefícios na prevençãõ de alguns tipos de cancro e de outras doenças (por exemplos, doenças cardiovasculares).

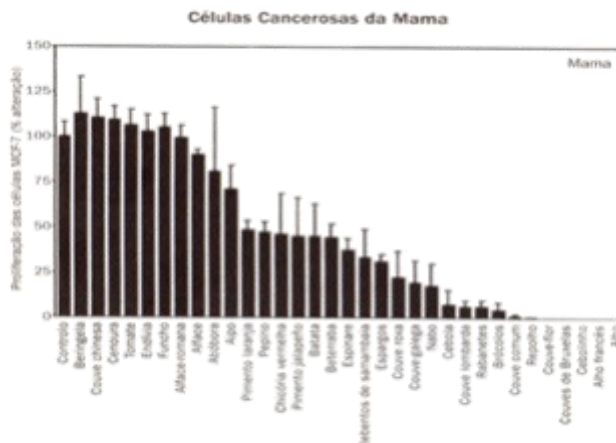


• Orientações nutricionais para sobreviventes de cancro:

	Sociedade Americana de Cancro (2006)	Instituto Americano para a Investigação de Cancro e do Fundo Mundial do Cancro (2007)
Peso	Alcançar e manter um peso saudável.	Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demasiado baixo.
Padrão de dieta	Consuma uma dieta saudável dando privilégio a produtos hortícolas; Escolha comidas e bebidas que lhe permitam manter um peso saudável; Coma 5 ou mais doses de fruta e vegetais variados por dia; Escolha grãos inteiros em vez de grãos refinados Limite o consumo de carne vermelha .	Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com muito açúcar e gordura, e pouca fibra); Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes; Limite o consumo de carne vermelha.
Outro		Limite o consumo de comida salgada.
Álcool	Se beber, limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1 - 2 bebidas por dia.	Se beber, limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1 - 2 bebidas por dia.
Suplementos	Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro.	Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro.

Evitar ou limitar o consumo de álcool:

- Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% dos casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool. O risco aumenta:
 - 10% para cada bebida consumida por dia;
 - 20% para duas bebidas;
 - 30% para três;
 - 50% para quatro ou mais doses por dia.
- O consumo excessivo de álcool:
 - Aumenta 60% a probabilidade de desenvolver cancro do pulmão, do estômago, do fígado, da laringe e boca, ou da bexiga.
 - Está associado a diversos problemas de saúde, bem como, problemas de carácter sociojurídico.
- Alguns estudos têm encontrado resultados, menos consensuais, que indicam que alguns alimentos podem inibir certos tipos de cancro. Foram testados extratos crus de diversos alimentos em diferentes tipos de células cancerosas. De salientar, o alho, a cebola e o alho francês, que ocupam um lugar privilegiado entre os alimentos mais eficazes para todos os tipos de cancro. No gráfico abaixo estão apresentados os alimentos testados nas células cancerosas da mama (visualizando-se os mais eficazes no lado esquerdo do gráfico).





Estudos semelhantes, com resultados ainda com pouco consenso, também têm demonstrado que:

- Uma dieta rica em compostos encontrados na soja, chamados isoflavonas, pode reduzir o risco de recorrência do cancro da mama em mulheres que já sofreram da doença;
- Uma alimentação rica em gorduras e fritos e pobre em verduras, frutas e cereais integrais, predispõe a diversos tipos de cancro, como o da mama, intestino ou fígado;
- Carne de animais engordados com hormonas e peixe, crustáceos e cefalópodes contaminados com mercúrio, inseticidas e outros químicos, também podem estar relacionados com o aparecimento de cancro;
- Alimentos processados com adição de açúcar são geralmente pobres em nutrientes, têm excesso de açúcar e aumentam o risco de obesidade e de cancro;
- O sal e alimentos conservados em sal podem estar relacionados com cancro no estômago. Em vez de sal sugere-se o uso de ervas e especiarias para temperar os alimentos. Os alimentos processados, incluindo pães e cereais, podem conter grandes quantidades de sal;
- Outro aspeto da alimentação diz respeito à prevenção ou tratamento da osteoporose, patologia de risco aumentado em pessoas sujeitas a tratamentos como a quimioterapia. A osteoporose é um distúrbio metabólico, que consiste na perda progressiva e acelerada da massa óssea, que faz com que o tecido ósseo fique mais frágil. Formas de combater a osteoporose consistem em:
 - Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, nutrientes essenciais na saúde dos ossos;
 - A vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob ação dos raios ultravioletas (pelo que se aconselha que se exponham à luz do dia por pelo menos 15 minutos diariamente);
 - Praticar exercício físico regularmente;
 - Diminuir o consumo de álcool;
 - Cessar o tabagismo.

b) Cessaçãõ tabágica

Os hábitos tabágicos estão relacionados com diversos tipo de cancro, nomeadamente os de pulmão, pescoço, colo do útero, fígado, rim, pâncreas, laringe, boca, língua e lábio, esófago, estômago, bexiga e leucemia mielóide. A persistência do consumo de tabaco depois do diagnóstico está associada a piores resultados terapêuticos, à progressão da doença e aumento da comorbilidade.

- O tabaco é a principal causa de morte prematura, evitável modificando o comportamento;
- Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher;
- Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele;
- Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório. O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares, incluindo a doença pulmonar obstrutiva crónica;
- Aproximadamente 25% dos sobreviventes ao cancro são fumadores. Ao parar de fumar, o risco de cancro diminui, mesmo quando os fumadores têm mais de 50 anos de idade e após um diagnóstico de cancro.

Malefícios do tabaco:

- Redução da capacidade dos pulmões para se limparem;
- Diminuição da resistência à infeção aumentando a vulnerabilidade a muitas doenças.

Informar que a melhor opção para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida é deixar de fumar. Deixar de fumar de um dia para o outro é o método mais difícil mas também o mais eficaz.



c) Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

- O consumo de vitamina D e uma exposição solar moderada são as principais medidas protetoras;
- Os alimentos ricos em vitamina D são: peixes gordos (sardinha, cavala, salmão), óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D (a melhor forma de captação de vitamina D é a exposição à luz do dia durante pelo menos 15 minutos diários).

Perigos da exposição solar excessiva:

- Manchas de envelhecimento;
- Rugas;
- Pigmentação irregular;
- Envelhecimento precoce;
- Melanoma maligno (cancro da pele);
- Conselhos de Exposição solar:
 - Evitar a exposição solar entre as 11 e as 16 horas;
 - Uso de protetor solar;
 - Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar;
 - Uso de chapéu de abas largas;
 - Uso de roupas escuras aquando da exposição solar intensa;

Recomendação do livro "Anti-cancro: um novo estilo de vida" de David Schreiber e entrega de documentação acerca da sessão (Anexo VI – Folheto Sessão 2).

SESSÃO 3

Alterações corporais



15 min

1. Mensagens positivas



• Introdução:

A tumorectomia ou mastectomia e os efeitos secundários dos vários tratamentos (radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal) causam mudanças corporais: perda da mama, linfedema, dor pós-operatória, irritação da pele, perda de cabelo, menopausa prematura, secura vaginal, atividade física limitada e falta de energia. Estes efeitos, a curto ou longo prazo, são misturados com sentimentos de irrealidade, de dissociação, de perda de feminilidade e de atratividade, de dificuldades sexuais, de sensação de que nada será como antes, da sensação de envelhecimento precoce, etc. Aceitar este novo corpo e integrá-lo numa perspetiva positiva é fundamental.

As mudanças corporais também podem afetar profundamente a autoestima - pode questionar se continua a ser uma pessoa ativa e independente ou se passou a considerar-se mais dependente, frágil e menos útil - e a identidade - podem alterar-se as respostas anteriores a questões de identidade como Quem sou eu agora? Como viver a minha vida e recuperar os meus papéis de mulher, mãe e profissional?



- Pedir às participantes que façam uma lista de três mensagens positivas para si mesmas. Cada participante deverá depois ler as suas mensagens em voz alta para o grupo.



“Vou pedir-vos que, individualmente, escrevam três mensagens positivas para vocês. Pode ser um elogio, um reconhecimento, etc. “

Explicar que cada participante deve encontrar três mensagens positivas que considere verdadeiras acerca de si. Explicar que uma das formas de tornar a nossa autoestima mais realista e funcional é através da identificação das nossas qualidades. Explicar também que muitas vezes temos tendência para negligenciarmos os aspetos positivos e maximizar os negativos e que devemos aprender a reparar e a valorizar os aspetos positivos, os nossos e os dos outros.

O terapeuta deverá circular pela sala verificando a realização da tarefa e ajudando as participantes. Deverá incentivar e fornecer exemplos se necessário.

Dar tempo suficiente para que cada participante liste três mensagens.

“Peço agora que leiam em voz alta as mensagens que escreveram. “

As participantes devem ser incentivadas a ler as suas mensagens e a reforçar a participação de todas, batendo palmas por exemplo.



2. Alterações corporais



- Pedir às participantes que escrevam as alterações corporais resultantes da doença e dos tratamentos.



Posteriormente deverá ser discutido, em grupo, o impacto dessas alterações na sua autoestima, abordando os diferentes papéis (relações familiares, conjugais, profissionais ou de amizade) e as alterações sentidas na sua autoimagem.

“Escrevam por favor as alterações corporais que surgiram em resultado da doença e dos tratamentos.”

Dar tempo suficiente para que as participantes escrevam algumas alterações que tenham sentido.

“Peço agora que leiam as alterações que escreveram e que tentem identificar o impacto que causaram na vossa autoestima, relativamente aos vários papéis na vossa vida (por exemplo, na família ou no trabalho) e na vossa autoimagem.”

Discutir em grupo enquadrando as informações que se seguem e explicar que existem diferentes formas de lidar com as alterações. Reforçar a ideia de que não devemos ignorar as alterações mas sim assumi-las e procurar formas de as ultrapassar ou integrar.

Listar situações em que sentiram impacto, por exemplo:

- Ir às compras;
- Ir nadar no mar ou na piscina;
- Conduzir um carro;
- Escrever;
- Experimentar roupas novas;
- Reações dos outros confrontados com as alterações;
- Comportar-se com os outros (mostrar-se à família e aos amigos);

Nota: Evite comparações com as outras participantes.

Discussão de formas de lidar com as alterações:

- Tentar enfrentar os problemas ou evitá-los? Esconder ou dizer?
- Integrar os aspetos da experiência pela qual passou para recuperar a autoestima positiva.
- Estar atento para se proteger de tendências inconscientes, como a desvalorização e o sacrifício (não deixe de fazer atividades sem ter conhecimento que é realmente necessário ter de as deixar).

Listar soluções práticas, por exemplo:

- Aceitar ajuda para carregar pesos;
- Assumir peruca e próteses;
- Reconstrução;
- Integrar aos poucos os novos aspetos da sua experiência;
- Avaliar as perdas e os ganhos;
- Pode haver dois objetivos: tentar ser como antes da doença (reconstrução, dieta, etc.) ou aceitar as alterações;



- Cada participante deve fazer um elogio às três pessoas à sua direita.



- As pessoas que recebem o cumprimento podem expressar reações;
- No final, cada participante deve apontar as diferenças entre o que acha sobre si mesma e o que os outros acham de si.

Elogiar-nos é um hábito que deve ser praticado. Ao confrontarem-se com as percepções positivas que as outras pessoas têm de si, as participantes tomam consciência da tendência para desvalorizar as suas qualidades.

Discutir em grupo enquadrando as informações seguintes.

Estratégias para Aumentar a Autoestima:



Informar que existem várias formas de aumentar a autoestima, das quais se podem retirar algumas dicas úteis:

- Evitar expressões que demonstrem representações pejorativas;
- Transmitir uma imagem clara dos valores e qualidades dos outros;
- Acreditar nas nossas qualidades e capacidades e nas dos outros (comprovou-se o Efeito de Pigmaleão, que a demonstração de que se acredita que uma pessoa vai ser bem sucedida numa determinada tarefa aumenta a probabilidade de tal se concretizar);
- Aproveitar qualquer "boa conduta" para chamar a atenção da pessoa que a fez, para ela refletir sobre a mesma;

- Estratégias de auto inspiração;
- Auto reflexo;
- Fazer um diário pessoal com as coisas positivas que fez durante o dia;
- Elaborar uma carta a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais;
- Fazer um anúncio pessoal a publicitar as qualidades e competências pessoais;
- Fazer um filme/livro sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e atividades realizadas;
- Mudar o nosso diálogo interno, tornando-o mais positivo, aumenta a possibilidade de enriquecimento do nosso autoconceito;
- Podemos melhorar a autoestima de alguém através da inoculação - consegue-se através de atividades que levem a pessoa a defender-se, a argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que a pessoa tem sobre si própria;
- Usar a estratégia do Reflexo, ou seja, refletir as qualidades, capacidades e aptidões que vemos;
- Aumentar o valor das competências dos outros, aumenta o respeito, afeto e simpatia que temos por eles e incentiva o mesmo comportamento por parte dos outros;
- Evitar o uso de alcunhas - utilizar o nome preferido;
- Dar um cumprimento afável e cordial;
- Desenvolver a atitude de partilha: objetos, vida interior, conhecimentos, sentimentos, desejos, alegrias, atividades;
- Cultivar a boa-educação e a cortesia;
- Utilizar uma comunicação eficiente e assertiva;
- Utilizar o elogio.
- Propor-se a tarefas aliciantes e desafiadoras de complexidade crescente, sendo que para isso devemos:
 - Saber que pode ser bem-sucedida na tarefa e ir aumentando o nível de dificuldade;
 - Não esquecer que os objetivos devem ser desafiadores q.b. - têm de ser perspetivados como alcançáveis;
 - Fornecer um ambiente tranquilo para execução das tarefas;
 - Fornecer autonomia supervisionada para realização das tarefas;
 - Dar incentivos, apoio e reforçar os esforços e os sucessos;
- Incentivar a criatividade;
- Dar espaço e potenciar a criatividade é possibilitar às pessoas que afirmem as suas características individuais únicas e valorizar a importância dessas características;
- Devemos descobrir qual a originalidade, o talento ou aptidão especial de cada um e valorizá-lo.



- Voltar a gostar do corpo:

O terapeuta deve incentivar a observação, o tocar e o deixarem ser-se tocadas. Deve instruir:

- Devem tentar redescobrir o vosso corpo - Observem-se ao espelho, voltem-se a conhecer;
- Tentem propiciar o conhecimento do corpo pelos outros;
- Observem as suas reações e as dos outros às alterações;

Explicar que, depois de seguirem estas indicações, conseguirão olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer.

- Relações íntimas:

Explicar que o facto de ter passado pela experiência, que provocou alterações corporais, pode interferir com as suas relações íntimas:

- A intimidade envolve troca recíproca de carinhos diversos além da relação sexual;
- Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções e valores religiosos são aspetos de uma relação de intimidade;
- Fale com seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afetou a relação. Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal;
- Veja o seu companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial crítico.

- Sexualidade:

- Após o diagnóstico de cancro da mama, a mulher pode passar a viver em função do tratamento, o que interfere no desejo e na vida sexual;
- Reações de desajustamento, depressão e ansiedade têm forte impacto sobre a sexualidade;
- O medo de abandono também é um fator significativo, se o sentirem percebam que outras pessoas na mesma situação o sentiram, mas que a maioria das vezes não era real mas só um sentimento. Partilhá-lo com o seu companheiro pode ser a melhor forma de perceber a realidade dele e encontrar a forma de se sentir melhor;
- Podem tender a privar os seus parceiros de atividade sexual, o que pode levar ao afastamento do parceiro. Tentem, em conjunto, evitá-lo.

Informar das causas mais comuns para a diminuição do ajustamento da função sexual:

- Diminuição da função ovárica;
- Medicamentos (o tamoxifeno pode levar à atrofia vaginal e à diminuição do desejo sexual);
- Fadiga;
- Náuseas;
- Infertilidade;
- Medo da morte;
- Dificuldades financeiras;
- Responsabilidades familiares;
- Relações sexuais dolorosas;
- Infecções da bexiga ou vagina (este pode ser um problema recorrente);
- Diminuição da lubrificação;
- Atrofia vaginal;
- Ansiedade resultante do espasmo dos músculos vaginais;
- Medo e ansiedade podem impedir o fluxo normal de fluidos vaginais, em resposta à estimulação sexual.

O que fazer no caso de as relações sexuais serem dolorosas:

- Aumentar o tempo dos preliminares;
- Relaxamento;
- Aplicação de um creme lubrificante;
- Procurar ajuda junto do médico.



- Linfedema:

- Linfedema é o inchaço causado pela acumulação de líquido (linfa) nos tecidos moles dos membros;
- Os vasos linfáticos não drenam a linfa de forma eficiente a partir das extremidades, resultando num membro inchado;
- Essa acumulação ocorre frequentemente após a remoção cirúrgica ou radioterapia dos gânglios linfáticos e às vezes após a quimioterapia;
- O linfedema é um problema crónico que pode causar desconforto, dor, desfiguração, problemas com a autoimagem e ansiedade;
- Após o tratamento do cancro de mama entre 15 a 30% das mulheres podem desenvolver linfedema.

Como podem estes sintomas afetar a feminilidade?

- Diminui a competência funcional do braço;
- Diminui a autonomia;
- Aumenta a dependência.

Recomendações e exercícios

- Deitada, eleve o braço afetado, apoiado em travesseiros, para que a sua mão fique mais elevada do que o seu ombro. Repita duas a três vezes por dia, durante 45 minutos. Não afaste o braço do tronco, para não forçar a cicatriz operatória e evite a tensão no músculo ou na prótese utilizada;
- Exercite o braço, abrindo e fechando a mão 15 a 25 vezes. Este exercício ajudará a reduzir o inchaço, promovendo o retorno da linfa à circulação geral do corpo;
- Use o braço para pentear o cabelo, tomar banho, vestir e alimentar-se apenas se a equipa médica permitir;
- O braço do lado operado requer alguns cuidados permanentes:
 - Não use relógios, anéis e pulseiras apertados;
 - Não vista roupas justas ou com elásticos que possam dificultar a circulação;
 - Não utilize bolsa a tiracolo no ombro do lado em que foi feita a cirurgia.
- Se tiver qualquer alteração abaixo, procure seu médico imediatamente:
 - Febre acima de 37,80 graus Celsius;
 - Se parte do seu braço, mão ou axila afetada estiver quente ou vermelha;
 - Se tiver aumento do inchaço.

Tratamentos disponíveis para prevenir/curar o linfedema:

Deve fazer exercícios que promovam a circulação sanguínea (nomeadamente linfática) no braço onde foram extraídos gânglios linfáticos axilares:

- Massagens de drenagem linfática;
- Massagem manual simples do braço;
- Medicamentos para melhorar a drenagem linfática;
- Exercício;
- Uso de compressão ligaduras não elásticas
- Ter cuidados adicionais com a pele desse braço;
- Fisioterapia descongestiva;
- O objetivo é melhorar a circulação e reduzir o tamanho do braço .



- (In)Fertilidade/ Menopausa

Os terapeutas só devem abordar esta temática se o grupo tiver participantes em idade reprodutiva, pois a utilidade da informação só é pertinente para essas.
Informar que:

- Infertilidade é um problema comum em pessoas que tiveram cancro;
- Nos últimos anos, as melhorias no tratamento do cancro têm sido desenvolvidas tanto para prolongar a vida como para reduzir o risco de infertilidade;
- Há evidências que sugerem que a gravidez após o tratamento de cancro não aumenta o risco de reincidência nem encurta a vida;
- A quimioterapia pode causar a amenorreia (falta de menstruação) e uma maior possibilidade de infertilidade.

O que fazer?

- É aconselhável esperar dois anos, após completar o tratamento contra o cancro, para tentar conceber, porque este período é o de maior risco de recorrência do cancro da mama;
- Considerar a possibilidade de marcar consultas de infertilidade;
- Existem estratégias para preservar a fertilidade, entre as quais:
 - Criopreservação de embriões;
 - Preservação de ovócitos;
 - Supressão ovariana;
 - Transposição ovariana.

- Alteração do odor corporal

A utilização de desodorizantes:

Algumas mulheres que tiveram cancro optam por não utilizar estes produtos.

- A maioria dos desodorizantes e, especialmente, os anti transpirantes, têm químicos cancerígenos;
- As mulheres que aplicam anti transpirantes logo após raparem ou depilarem as axilas, aumentam o risco de cancro devido a minúsculas feridas e irritações da pele, que fazem com que os componentes químicos nocivos penetrem mais rapidamente no organismo;
- A decisão de não utilizar deve ser ponderada e, nesse caso, devem ser encontradas outras formas de controlar o odor corporal.

O mau odor corporal pode ser eliminado através da dieta:

- Evite as carnes vermelhas;
- Faça preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos);
- Elimine bebidas com cafeína;
- Elimine alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.





- Atividade opcional. Poderá ser realizada na sessão, se houver tempo. Caso não haja tempo em sessão pode ser realizada em casa e discutida na sessão seguinte.



- Cada participante deve escrever um texto acerca de si, como se fosse um anúncio pessoal publicitário, em que saliente as suas qualidades e competências que foram fundamentais para ultrapassar a doença. Termine o texto completando a seguinte frase:

“Hoje, depois de passar por este problema, sou uma pessoa muito mais...”

- Entrega de documentação acerca da sessão (Anexo VII – Folheto Sessão 3).

SESSÃO 4

Gerir as emoções

 20 min

1. O provérbio japonês



- O terapeuta deve convidar as participantes à atividade de reflexão sobre o provérbio japonês:

“A árvore de bambu que se curva ao vento é mais forte que o carvalho que resiste”



“O que vos diz este provérbio?”

O terapeuta pode ler o provérbio e solicitar às participantes que o interpretem e partilhem o significado que tem para si. No Final o terapeuta deve salientar a importância da flexibilidade e da adaptação aos acontecimentos de vida (contingências boas e más) – Explicar que a flexibilidade é fundamental para nos sentirmos bem, é um aspeto crucial da saúde mental.

- Algumas pessoas, mesmo depois de terminarem os tratamentos e sem nenhum indício de doença, podem apresentar algumas dificuldades psicológicas, como:

- Lidar com a incerteza (com a possibilidade de recorrência);
- Lidar com problemas de saúde não relacionados com a doença prévia (por exemplo, gripe, gastrite);
- Lidar com funções corporais normais (devido à hiper vigilância podem fazer interpretações erradas ou exageradas do ritmo cardíaco, da tensão arterial, da frequência respiratória, etc.);
- Lidar com a (falta) de vigilância médica;
- Ansiedade de antecipação a exames médicos;
- Depressão e ansiedade;
- Stress pós-traumático.

O terapeuta deve informar que a ocorrência destes problemas é comum em pessoas que passaram pelas mesmas circunstâncias, que o importante é não se culparem por ter estes problemas e procurar apoio (devem partilhá-los com as pessoas próximas e/ou procurar ajuda dos profissionais de saúde).

Fatores de risco do sofrimento psicológico em pacientes de cancro da mama:

- Doença psiquiátrica no passado;
- História familiar de doença psiquiátrica;
- Idade (<45 anos);
- Ter filhos pequenos;
- Apoio social limitado;
- Uso de substâncias psicoativas;
- Ser solteira;
- Dor;
- Deficiência física;
- Falta de coesão familiar;
- Dificuldades financeiras.



- O terapeuta deve fornecer informação sobre os problemas que podem surgir depois da experiência que passaram, com vista às participantes poderem identificar os problemas se os tiveram.

Depressão:

A prevalência de sintomas depressivos encontrada em pacientes com cancro da mama não é consensual, variando de acordo com as características da população em estudo e do tipo de instrumentos utilizados. Os estudos apontam que entre 13% a 40% mulheres com cancro da mama apresentam depressão.

Ansiedade:

Ansiedade é um estado emocional desagradável de apreensão, causado pela suspeita ou previsão de um perigo contra a própria integridade. É um temor frente a um perigo real ou imaginário, uma espécie de alerta para algo que possa ferir física ou moralmente. É uma defesa natural do corpo, mas torna-se prejudicial quando limita, impede, bloqueia e quando provoca sentimentos ou sensações de difícil controlo.

Perturbação de stress pós-traumático:

A perturbação de stress pós-traumático é uma perturbação psicológica que ocorre em resposta a uma situação de vida ameaçadora, que constituiu um risco à integridade física e que provoca temor, angústia ou horror.

Sugestões para lidar com o stress pós-traumático:

- Tempo e paciência podem ajudar a enfrentar a sua situação de saúde;
- Durma o suficiente, pois quando descansa bem reduz os níveis de stress;
- Exercício pode reduzir o stress e aumentar a libertação de endorfinas, uma substância química que promove os bons sentimentos;
- Ter uma dieta saudável para dar ao seu corpo todos os nutrientes de que necessita;
- Evite cafeína e nicotina que podem aumentar os níveis de stress;
- Não consuma álcool ou drogas para enfrentar a situação. A automedicação pode ser perigosa e pode prolongar o processo de recuperação;
- Aprenda novos hábitos, por exemplo, um novo hobby;
- Rodeie-se de pessoas que a apoiem e discuta sentimentos com elas;
- Considere juntar-se a um grupo de apoio para encontrar outras pessoas na sua situação.

Os sintomas mais comuns em sobreviventes de cancro são:

- Vigilância excessiva do próprio corpo;
- Recordação recorrente de acontecimentos relacionados com a doença;
- Sintomatologia aumentada nas datas dos aniversários relacionadas com a doença;
- Comportamentos de evitamento (hospitais ou outros locais ou contextos que associam à doença);
- Ativação fisiológica (por exemplo, sensação de maior agitação ou tensão corporal como aceleração do ritmo cardíaco ou aumento da temperatura);
- Pensamentos intrusivos (por exemplo, "esta dor pode significar que o cancro se alastrou" ou "vou morrer").



1. O provérbio japonês



- O terapeuta deve familiarizar as participantes com a noção de gestão do stress.
- Estratégias de gestão do stress

As técnicas de gestão do stress reduzem o sofrimento psicológico em pacientes de cancro da mama e têm vindo a ser muito utilizadas por profissionais, uma vez que têm obtido resultados benéficos. A gestão do stress também se tem evidenciado positiva para a saúde física.

- Formas gerais de gestão do stress e de promover o bem estar

Ao identificar o que causa sofrimento psicológico sentir-se-á mais capaz de controlar o fator de stress. Poderá pensar em como resolvê-lo ou em como tornar o sofrimento menos penoso. Assim, pode ajudar:

- Identificar a origem do sofrimento psicológico;
- Planear ações para melhorar as situações associadas ao sofrimento psicológico;
- Utilizar estratégias para olhar de outra forma para essas situações;
- Aceitar o que não se consegue melhorar;
- Envolvimento em atividades de mestria e prazer;
- Procurar e aproveitar o apoio social especialmente dos mais significativos;
- Estabelecimento de objetivos de vida;
- Relaxamento e outras formas de lidar com o stress.



- Cada participante deve responder à questão e partilhar com o grupo, se desejar:

O que é que ao pensar no cancro me causa maior sofrimento, medo ou preocupação?

Procurar a resposta para questões deste género pode ajudar a identificar a fonte do sofrimento psicológico. Identificar os fatores indutores do stress ajuda a ganhar alguma perceção de controlo sobre a situação e a perspetivar diferentes estratégias para lidar com os problemas.



- Olhar de outra forma para as situações associadas ao sofrimento psicológico

Com o preenchimento do registo de situações, como o exemplificado na tabela seguinte, destacamos a maneira como interpretamos acontecimentos, nos sentimos e como nos comportamos em relação a eles. Podemos identificar e diferenciar sentimentos, emoções, pensamentos ou crenças que nos ajudam ou não e comportamento adequados ou inadequados. A partir desta técnica, podemos escolher maneiras diferentes de ver as coisas, tentando encontrar alternativas.

O terapeuta deverá desenhar a tabela (ou fazer circular uma cópia para que as participantes construam uma) e exemplificar o seu preenchimento:

	Pensamentos	Emoções	Comportamentos	Consequências
Situação:	O que pensou?	O que sentiu?	O que é que fez?	O que aconteceu a seguir?
Está na fila para comprar o bilhete para o cinema e algumas pessoas colocam-se à sua frente.	Eles exageraram. Eles não me respeitaram.	Desgosto. Irritação. Incompreensão.	Não disse nada.	Fiquei irritada até ao início do filme.



- Cada participante deve utilizar a forma de analisar situações aprendida no exercício anterior para interpretar uma situação difícil que tenha vivenciado desde o diagnóstico de cancro.



“Pensem por favor numa situação difícil que tenham vivenciado e preencham a tabela como no exemplo.

Agora, acrescentem uma coluna à vossa tabela. Nesta coluna devem escrever uma interpretação e conclusão diferentes da situação .

O terapeuta deve ensinar as participantes a usar a estratégia de reestruturação cognitiva, com vista a olhar de outra forma para as situações associadas ao sofrimento psicológico.

Explicar que, com o preenchimento do registo de situações, como o exemplificado na tabela seguinte, destacamos a maneira como interpretamos acontecimentos, nos sentimos e como nos comportamos em relação a eles. Podemos identificar e diferenciar sentimentos, emoções, pensamentos ou crenças que nos ajudam ou não e comportamentos adequados ou inadequados. A partir desta técnica, podemos escolher maneiras diferentes de ver as coisas, tentando encontrar alternativas.

- Existem outras estratégias possíveis para lidar com situações difíceis, para além de tentarmos alterá-las e vê-las de outra perspetiva. A aceitação, o envolvimento em atividades de mestria ou prazer e o apoio das pessoas próximas são outras formas de lidar com essas situações.

Fatores que podem contribuir para a aceitação:

- A exposição repetida – olhar para a situação; (por exemplo, para aceitar melhor a cicatriz pode massajar a área afetada; para aceitar a sua nova imagem pode ver-se frequentemente ao espelho);
- O tempo que vai passando vai ajudando a aceitar as alterações;
- Expressão emocional – exprimir as emoções que a situação lhe causa;
- O uso do humor para lidar com a situação;
- A distração, dar atenção a outras coisas quando se pensa nessa situação (por exemplo, fazer exercício físico, ler, ouvir música, ver televisão, falar com alguém);
- Minimizar a importância da situação.



15 min

2. Lidar com situações difíceis



- O terapeuta deve ajudar as participantes a conhecer a estratégia de envolvimento em atividades de mestria e de prazer. Explicar que devem:

Procurar ocupar-se, possível, em atividades gratificantes;
 Procurar atividades realizadas no exterior e que envolvam interação social;
 Procurar atividades que permitam desenvolver competências de forma gradual e personalizada.
 Pensar seriamente em envolverem-se nessas atividades;
 Explorar novas opções para o envolvimento em atividades que já tinha;
 Manterem-se o mais ativas possível nas atividades que já têm e que dão prazer.

Procurar e aproveitar o apoio social, especialmente dos mais significativos, é também uma forma de se sentir bem:

As pessoas mais próximas são uma excelente fonte de apoio em todas as fases da vida. Não se esqueça de recorrer a elas quando passar por algum tipo de sofrimento.

Não tenha receio que a pessoa sofra por saber que sofre ou de aborrecer a pessoa com o seu sofrimento. Elas vão gostar de poder ajudá-la.

Partilhe o que pensa, o que sente e o que gostava de fazer em relação ao seu sofrimento. Tente encontrar soluções com elas para o seu sofrimento, peça-lhes ajuda. Conte com elas para se envolver em tarefas de que gosta. Esta atitude irá fortalecer a relação.

Existem ainda outras técnicas que podem ter curiosidade em conhecer para aliviar a ansiedade, o stress, o medo e a depressão:

- Aromaterapia;
- Imaginação guiada;
- Hipnose;
- Ter um diário;
- Massagens;
- Meditação;
- Musicoterapia;
- Relaxamento muscular progressivo;
- Orações;
- Grupos de apoio;
- Tai chi;
- Yoga.





- A experiência de cancro pode ser vista através de um balanço entre os aspetos positivos e negativos (ganhos e perdas) que trouxe. Pode ter sido uma fonte de crescimento pessoal, uma possibilidade de observação dos objetivos e prioridades de vida e um ponto de partida para encontrar um significado para a sua vida.



- Cada participante deve enumerar os aspetos positivos da experiência de cancro pela qual passou.

“Enumerem por favor os aspetos positivos da vossa experiência. Considerem lições aprendidas acerca de vocês, mudanças de prioridades e valores, fortalecimentos de relações, etc.”

Dar tempo para que as participantes escrevem dois ou três aspetos positivos.

O terapeuta deverá solicitar às participantes a partilha de alguns aspetos positivos encontrados com a doença e fomentar a discussão no sentido de reforçar que é possível extrair algo de construtivo das situações vivenciadas.

SESSÃO 5

Resolução de problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade



10 min

1. Resolução de problemas



• Existem vários tipos de métodos para lidar com o stress causado pelo cancro. Os métodos ativos são os mais eficazes:

- Métodos comportamentais ativos: tentar melhorar alguns aspetos da doença através de hábitos de vida, uso de técnicas de relaxamento e da colaboração frequente com o médico;
- Métodos cognitivos ativos: tentar perceber a doença e aceitar o seu efeito na vida, centrando-se mais nas mudanças positivas do que negativas que ocorreram.

• Ingredientes essenciais para enfrentar os problemas:

- Otimismo - ter expectativas positivas;
- Pragmatismo - opções e alternativas para a resolução de problemas;
- Flexibilidade - mudança de estratégias para refletir sobre a natureza dos problemas percebidos;
- Desenvolvimento - desenvolver a capacidade de apelar a informações adicionais e a suporte para reforçar o *coping*.



• Resolução de problemas:

Aprender um método organizado para resolver os problemas pode ser útil em situações mais complexas ou quando nos sentimos perdidos.

A nossa capacidade para resolver problemas ajuda-nos a lidar com as adversidades que nos surgem na vida e para gerirmos as emoções que delas resultam. As características que nos ajudam a ter uma boa capacidade para resolver problemas são, por exemplo, a flexibilidade, a sensibilidade, a aceitação e o otimismo.

A forma como lidamos com as transições da nossa vida pode ser a chave para a adaptação bem sucedida. É importante percebermos que a vida comporta algum sofrimento mas que também nos proporciona oportunidades para o superar:

“Não conseguimos direcionar para onde sopra o vento, mas pode ajustar as velas do barco para chegar onde quer”

Confúcio



• Informar que a nossa forma de resolver problemas também depende do nosso estilo ou padrão pessoal.

Existem diferentes estilos ou padrões de ação:

- Estilo evitante (quando perante os problemas tendemos a fugir deles ou a fingir que não existem);
- Estilo impulsivo/descuidado (quando perante os problemas se tem tendência para agir de imediato, sem ponderar o que é melhor fazer);
- Estilo de resolução racional (quando se tem tendência para ponderar várias alternativas para tomar decisões e resolver problemas, em vez de sobrevalorizar a intuição ou evitar a situação, o que tem sido defendido como o método mais bem-sucedido na maioria das circunstâncias).



• O terapeuta deve explicar que se vai dar informações de como se pode fazer esta resolução racional dos problemas e, no final, vai-se aplicar esse método a um problema proposto pelo grupo.

• Etapas para a resolução racional de problemas:

1. Definição do problema:

- Refira-se a factos, não a assunções ou inferências, por exemplo, em vez de interpretar ou inferir acerca de uma situação "Aquela pessoa deve ter a mania que é importante, porque nunca fala quase nada quando está comigo", é mais útil observar os factos objetivamente "Aquela pessoa fala pouco quando está comigo";
- Descreva-os numa linguagem clara;
- Estabeleça objetivos realistas;
- Identifique os obstáculos para atingir os objetivos.



• O terapeuta deverá mostrar a imagem ao grupo e perguntar o que veem.

"Observem esta figura. O que veem?"

Observar a dificuldade de nos restringirmos aos factos e de não fazermos inferências:

As participantes frequentemente tentam perceber onde estão as pessoas e arranjar razões para as pessoas da imagem estarem a olhar para diferentes direções, pelo que fazem inferências do tipo "Estão num museu", "É Verão", "Está calor". O objetivo da atividade é que verifiquem que ser objetivo é sermos mais observadores e descritivos, pelo que se explica que a descrição da figura seria mais do tipo "X pessoas estão na imagem, a olhar em diferentes direções, existem pessoas de diferentes idades e dos dois géneros sexuais... a maioria veste roupas frescas"



2. Geração de alternativas

- Tentar ser o mais criativo possível;
- Nesta fase não deve haver preocupação com a qualidade das alternativas, deve-se privilegiar a flexibilidade e a abertura;
- Quantidade;
- Adiar o julgamento das alternativas;
- Variedade de estratégias e técnicas;
- Formas de promover a criatividade e o pensamento crítico: "ver de fora" e "ver com novos olhos";
- Evitar raciocínios viciados;
- Questionar: "Existirá outra forma de ver a situação?";
- Nunca aceitar o ponto de vista inicial mesmo que pareça boa solução à partida - questionar e gerar outras alternativas;
- *Brainstorming* - consiste na geração de ideias em grupo (em que as ideias individuais servem de base para novas ideias subsequentes). Se as pessoas se sentirem confortáveis para expor os seus sentimentos é otimizado com a heterogeneidade das pessoas envolvidas.



- Explicar que tomamos diversas opções por influência social, que nem sempre são as melhores:

- Exemplo da experiência de Asch, em que se verificou que as pessoas em grupo tomam decisões mais extremas e arriscadas, como por exemplo, são capazes de afirmar que estão a ver uma reta mesmo quando estão perante uma linha curva, quando estão inseridos num grupo que afirmou ser uma reta.
- Podemos ser influenciados por:
 - Desejo de pertença a um grupo;
 - Ter pena dos outros;
 - Evitar o criticismo que se segue a uma decisão não popular;
 - Evitar estar em pé de desigualdade com os outros;
 - Evitar o conformismo;
 - Receber criticamente as opiniões dos outros.

3. Avaliação das Alternativas

- Elimine as más ideias óbvias;
- Prever as consequências possíveis de cada alternativa;
- Avaliar os resultados das alternativas: análise de custo-benefício;
- Critérios para avaliar as alternativas:

Custo vs benefício;
Efeitos secundários/impacto;
Tempo de execução;
Exequibilidade;
Recursos necessários;
Nível de risco;
Ética.

4. Escolha da melhor Alternativa ou Plano - Identificar as soluções mais eficazes e desenvolver um plano de ações global

5. Execução do Plano Selecionado

- Coloque em ação o plano escolhido;
- Não evite passar à ação;
- Lidar com a incerteza constante que acompanha as decisões - nunca se elimina completamente a incerteza;
- Como reduzir a incerteza – Pode fazer uma “*Lista das 10 piores coisas consequentes associadas à alternativa escolhida e das medidas de contingência correspondentes*”.

6. Avaliação dos resultados - Observar as consequências. Avaliar os resultados e se é necessário voltar ao início do método.



- Praticar o método num problema-exemplo dado por uma das participantes.

“Vamos escolher um exemplo e vamos aplicar o método. Quem quer dar um exemplo de um problema?”

O terapeuta deve aplicar o método, passo a passo e discutir as várias etapas e conclusões com o grupo.



55 min

2. Relaxamento, Meditação e Espiritualidade



• Relaxamento, Meditação e Espiritualidade:

A meditação, a concentração da mente, é uma aptidão que vários estudos indicam como forma de reduzir o impacto do stress e de restabelecer a harmonia fisiológica do organismo. A concentração pode ser centrada somente na respiração (respiração abdominal), num exercício de relaxamento ou centrada no interior de nós mesmos (meditação).

No *mindfulness*, também designado por meditação de monitorização aberta ou meditação concentrada, a atenção está voltada para a perceção de estímulos, de forma dissociada de julgamentos, pensamentos ou reflexão. O relaxamento mental pode ser feito através da indução de imagens mentais positivas nos pacientes, ajudando a desenvolver a capacidade de recuperar, diminuir a tensão, o sofrimento e os medos relativos à doença. Os sobreviventes que não são seguidores de uma religião formal, sentem muitas vezes que a sua espiritualidade se aprofunda pela sua experiência com o cancro. Alguns pacientes encontram a paz numa espécie de entrega ao mistério de um espírito superior e na confiança numa divindade ou num objetivo que dá sentido ao seu sofrimento.

O *mindfulness*/meditação concentrada começou a ser utilizado há 30 anos no MIT pelo Dr. Jon Kabat-Zin, ex-biólogo americano. O seu programa é utilizado em mais de 250 hospitais dos Estados Unidos e em alguns hospitais Europeus (Alemanha, Holanda, Suécia, Noruega, Reino Unido, Bélgica e Suíça).

Nesta forma de meditação a atenção é centrada simples e repetitivamente, no que é conscientemente o momento presente, sem o esmiuçar mas observando apenas o que emerge espontaneamente. Assim, a componente principal é a autorregulação da atenção no presente imediato. Tudo o que aparece nesse presente é reconhecido e aceite sem julgamento adicional. Se surge um pensamento, é rotulado de "*pensamento*" e observa-se o que vem a seguir. Se emergir uma emoção, é rotulada de "*emoção*" e a nossa atenção segue adiante. O mesmo se verifica ao nível da "*sensação*", como um sentimento de desconforto ou o desejo de parar, etc.

O segundo componente principal é a orientação de abertura e aceitação de cada momento da experiência de concentração. O objetivo é conseguir que a pessoa evite os pensamentos de ruminação habituais. A frase clara e simples que Kabat-Zin ensina para termos em mente o que devemos fazer com a nossa atenção para atingirmos uma consciência plena é: "Fixem a vossa atenção e mantenham-na. Fixar e manter. Fixar e manter."

O tema de meditação varia consoante as escolas. Pode envolver o corpo e as suas sensações, como no ioga *hatha*, que trabalha a respiração e a postura. Existem formas de meditação que envolvem a concentração na chama de uma vela, numa imagem sagrada, numa palavra ("*paz*", "*amor*", são frequentemente utilizadas para esse fim), numa oração ou numa paisagem (imagens de um lago ou de uma montanha).



2. Relaxamento, Meditação e Espiritualidade

O que parece importante e transversal a todas as técnicas de meditação não é a técnica nem a aplicação em particular mas a renovação diária do contacto com a força de vida que vibra constantemente dentro de nós e da qual só nos apercebemos quando lhe damos atenção, o que parece ajudar-nos a controlar melhor e a harmonizar os seus ritmos.

Nos sobreviventes de cancro, as técnicas de meditação e concentração no aqui e agora, são especialmente promissoras, porque reduzem a atenção excessiva no passado e no futuro. Geralmente, uma atenção excessiva no passado leva a sentimentos de raiva, tristeza e arrependimento, enquanto a mesma atenção no futuro pode levar a preocupação e ansiedade, sentimentos que impedem que as pessoas desfrutem plenamente do momento presente.

Características-chave da meditação:

- Estado mental ativo, mas descontraído;
- Concentração;
- Respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo;
- Abstração de distrações e preocupações;
- Concentração no momento atual;
- Meditação focada - foco num objeto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento;
- Introspeção - tendo em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objeto.

Benefícios da meditação:

- Melhora a função cognitiva;
- Reduz a ansiedade;
- Reduz a dor;
- Potencia o bem-estar psicológico;
- Aumento da qualidade de vida.

Benefícios da espiritualidade

- Ajuda os pacientes a atingir uma sensação de paz;
- Reforça os sentimentos de esperança;
- Dá maior sentido à vida;
- Potencia o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais;
- Pode funcionar como auto relaxamento em períodos de maior tensão;
- Fornece a sensação de proteção;
- Pode constituir-se como uma das estratégias de *coping* necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro.



- Respiração abdominal e relaxamento

O relaxamento induz efeitos fisiológicos opostos à reação de stress. O objetivo é reduzir as tensões. O relaxamento deve ser usado durante as situações de stress mas também pode ser usado como preparação para situações que se preveja que podem induzir stress. Consegue-se tirar maior proveito do relaxamento com o treino continuado.

Existem vários métodos de relaxamento. Um dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson que pode ser utilizado para lidar com o stress do dia-a-dia e também para lidar com a dor e o mal-estar.

Uma das peças fundamentais da meditação e do relaxamento é a respiração. Vamos começar pela respiração abdominal.



“Vamos aprender a fazer respiração abdominal?”

Peça às participantes que se sentem viradas para si, o mais confortável possível

“Coloquem a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;

Fechem os olhos e concentrem-se na vossa respiração;

Vamos inspirar devagar pelo nariz, enchendo completamente o abdómen e depois o peito, percebendo como se movimentam. Ao inspirar, contamos até 4 para que o abdómen e depois o peito fiquem bem expandidos;

Ao expirar vamos soltar a respiração pela boca, esvaziando primeiro o peito e depois o abdómen, contando até 8;

Podemos imaginar que estamos a encher um balão que está dentro da barriga. Foquem a atenção em cada porção de ar que respiram, tentem sentir todo o contacto do ar com o nariz. Se algum pensamento ou emoção surgir, vamos deixá-los fluir e voltar a concentrarmo-nos na respiração;

Vamos repetir 10 vezes completas. Caso sintam tonturas ou vejam ‘bolinhas’ ao abrir os olhos, não se preocupem, é normal e vai desaparecer. Acontece porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma a que fique confortável e não gere náuseas.”



2. Relaxamento, Meditação e Espiritualidade

O relaxamento induz efeitos fisiológicos opostos à reação de stress. O objetivo é reduzir as tensões. O relaxamento deve ser usado durante as situações de stress mas também pode ser usado como preparação para situações que se preveja que podem induzir stress. Consegue-se tirar maior proveito do relaxamento com o treino continuado.

Condução do relaxamento:

Desligue ou diminua a luz, pode acender uma vela, de forma a que todas as participantes a consigam ver;

Minimize as possíveis fontes de ruído;

Coloque-se atrás das participantes e fale num tom de voz suave e pausado:

“Escolham a posição mais confortável que conseguirem e pousem as mãos suavemente nas pernas. Podem fazer conchinha com uma das mãos e colocar a outra por cima;

Fechem os olhos suavemente. Se não conseguirem fechar os olhos, podem deixá-los abertos e podem observar a chama da vela;

Concentrem-se nas sensações internas, no que sentem e não nos pensamentos. Deixem-nos fluir livremente, sem lhes dar atenção ou tentar impedi-los;

Vamos concentrar-nos agora na nossa respiração. Vamos inspirar pelo nariz;

Cada um ao seu ritmo, ao inspirar, encham bem os pulmões e sintam o peito a levantar. Depois, continuem a inspirar e sintam a vossa barriga a encher-se de ar também;

Sintam os pulmões a expandir e a barriga ficar redonda. Contem até 4 enquanto inspiram, 1...2...3...4.

Na expiração, deixem o ar sair devagar, esvaziando primeiro a barriga e depois o peito. Conte até 8 durante a expiração, 1...2...3...4...5...6...7...8;

Vamos repetindo, cada um no seu ritmo e tomando atenção ao movimento dos nossos pulmões e barriga.”

Vá circulando pela sala, repetindo as instruções num tom de voz calmo, baixo e suave.

O objetivo é focar a atenção em cada uma das partes do corpo, à vez, contraindo os músculos durante alguns segundos. Em cada parte do corpo deverá repetir-se a sequência contração-relaxamento, pelo menos 3 vezes.

“Agora vamos focar a nossa atenção no pé esquerdo e vamos mexê-lo, rodar e apertar... e libertar. Agora o direito...apertar e libertar....

Sintam agora a perna esquerda e contraiam os músculos. Contraíam....e relaxem....apertem...e libertem... Agora na perna direita....apertem....e libertem....apertem....e libertem....

Vamos subindo e agora os glúteos e a barriga.....contraímos...e relaxamos...apertamos...e libertamos....

Continuando a subir, agora a mão esquerda...aperta...e relaxa....aperta....e relaxa....agora a mão direita...aperta.....e relaxa...aperta...e relaxa...

Passamos agora ao braço esquerdo, contraímos ... e relaxamos.....contraímos... e relaxamos...Agora o nosso braço direito...apertamos.....e relaxamos...apertamos...e relaxamos...

Subimos mais um bocadinho e estamos agora nos ombros...e contraímos...e relaxamos...contraímos e relaxamos...

Vamos rodar a cabeça para a esquerda....e agora para a direita...para a esquerda....e para a direita....

Agora vamos contrair os músculos da cara, fazer uma carreta muito feia....apertar...e libertar....apertar...e libertar...

Ao vosso ritmo vão esticando os membros, espreguiçando, massajando os músculos da cara e abrindo os olhos, voltando a um estado de vigília.”

- Entrega de documentação acerca da sessão (Anexo VIII – Folheto Sessão 5).

SESSÃO 6

Incerteza e medo de recorrência



55 min

1. Incerteza e medo de recorrência



- Após o tratamento, os pacientes podem sentir-se isoladas e marginalizadas ou abandonadas pelos profissionais de saúde. Podem sentir-se num mundo de incerteza e ansiedade, à espera dos próximos exames, com medo de reincidência, perguntando-se se estão curados ou não.

As pessoas próximas, família e amigos, esperam muitas vezes que a pessoa retorne rapidamente à sua vida prévia. Enquanto eles pensam que tudo está terminado, o paciente sente perigo (Síndrome de Dâmocles) e não sente capacidades pessoais para retomar a sua vida normal e fazer planos para o futuro.

Na sequência da doença, as pessoas deparam-se frequentemente com pensamentos acerca da sua própria mortalidade, sentem medo de morrer, o que muitas vezes leva ao medo de reincidência, à tristeza e raiva de sentir que são diferentes dos outros.

- Informar que os pensamentos sobre a possibilidade e possíveis consequências da reincidência ocorrem por picos, com acontecimentos que induzem a incerteza ou medo.



- Identificação de situações que originaram receio de reincidência



"Vou pedir-vos agora que identifiquem algumas situações que tenham originado receio de reincidência (exames médicos, exames gerais, documentários de televisão/rádio, renovação de contratos de seguro, etc.) e também acontecimentos que tornaram possível manter ou reforçar o sentimento de esperança."

O objetivo é facilitar a expressão de pensamentos relacionados com a incerteza, com o sentimento de "abandono". As participantes devem ser encorajadas a falar sobre a perda do sentimento de invulnerabilidade, ou ilusão de invulnerabilidade, e sobre a maturidade e a profundidade adquirida com o conhecimento da vulnerabilidade. Concluir acerca do crescimento pessoal alcançado.

- Conhecimento da possibilidade de recorrência do cancro: a doença pode voltar - "vai ser acompanhada e avaliada toda a vida e há possibilidade de repetição". É importante promover em nós uma perspetiva realista acerca da doença e adequada à incerteza com que teremos de viver e aprender a aceitar.



- Recomendações para gerir o medo de recorrência do cancro:
 - Não descure os seus cuidados médicos uma vez que o tratamento do cancro é longo;
 - Certifique-se que sabe quem é responsável pelo seu cuidado e quando deve fazer o exame seguinte;
 - Discuta as suas preocupações com um amigo compreensivo ou participe num grupo de apoio (por exemplo, o grupo em que se encontra), onde possa falar sobre os seus sentimentos com outras mulheres que vivenciaram a mesma situação;
 - Procure atividades que ajudem a manter a ansiedade sob controlo. Tente ler um bom livro, trabalhe no jardim ou assista a um filme engraçada. As pessoas retiram prazer de diferentes atividades, descubra as que lhe dão mais prazer e pratique-as tão frequentemente quanto possível;
 - Saiba que sua ansiedade irá provavelmente desaparecer com o passar dos anos. O mais provável é que o cancro deixe progressivamente de ser o centro da sua vida.

- Relaxamento (opcional) - ver sessão 5.

SESSÃO 7

Comunicação nas relações interpessoais

 60 min

1. A comunicação



- Introdução da definição de comunicação: Comungar, partilhar, tornar comum, entrar em relação com.

"Escutar é um ato de sentir, interpretar, avaliar e reagir ao que o interlocutor está a afirmar; é um processo criativo que envolve pensamento e dispêndio de energia"



- Não comunicar?

Pedir a uma participante que se sente à frente do grupo e dar-lhe a instrução de que não pode comunicar com ninguém. Dar como tarefa ao grupo descrever o que veem na participante.

"Para o próximo exercício vou precisar de uma voluntária, quem quer participar?"

Pedir à voluntária que saia da sala por alguns momentos. Explicar ao grupo que a sua tarefa será descrever o que veem.

"Quando a colega regressar irá sentar-se nesta cadeira. A vossa tarefa será descrever o que veem, a situação, etc."

O terapeuta deve sair da sala e, sem que o grupo oiça, explicar à voluntária que a tarefa será sentar-se à frente do grupo sem comunicar nada nem com ninguém.

Concluir acerca da inevitabilidade e universalidade da comunicação - não podemos não comunicar. Existem muitas barreiras à comunicação, umas óbvias, outras nem por isso.



- A forma:

Pedir a três pessoas que saiam da sala. Descrever com o grupo uma forma geométrica da maneira mais objetiva possível. Uma das participantes presentes convidará a primeira pessoa a entrar e comunicar-lhe-á o que se passou na sua ausência. Esta dará a informação à seguinte e assim sucessivamente. Com o objetivo de desenhar a forma inicial.

Sugestão de forma a apresentar ao grupo para realização da atividade:

"Vou pedir a três pessoas que saiam da sala. Quando estivermos prontos irei chamá-las."

Apresentar ao grupo uma forma (previamente preparada) e dar a instrução de que devem decorá-la e transmitir às participantes que estão fora da sala a informação necessária para que desenhem a forma observada. Chamar uma participante de cada vez. Após a sua tentativa a participante deverá chamar outra e passar-lhe as informações que lhe foram transmitidas. O grupo não poderá intervir.

Concluir acerca das barreiras à comunicação, mesmo quando nos esforçamos por ser objetivos.





Barreiras à comunicação:

- *Ouvir o que esperamos ouvir* - as experiências passadas influenciam as percepções das ocorrências atuais;
- *Percepção seletiva* - não considerar informações que entram em conflito com o que sabemos;
- *Avaliação da fonte* - quando alguém nos comunica algo, a interpretação que fazemos da mensagem é influenciada pela avaliação que fazemos da pessoa que a transmite;
- *Representações diferentes* - as mensagens são interpretadas à luz dos valores, convicções e crenças que as pessoas partilham, assim como por pressões ambientais;
- *Problemas semânticos* - as palavras têm interpretações diferentes;
- *Comportamentos não-verbais* - os gestos, expressões faciais e posturas do corpo também comunicam, podendo ajudar ou dificultar a captação da mensagem pelo outros e influenciar a sua interpretação;
- *Efeitos das emoções* - qualquer que seja a emoção, ela influencia o modo de comunicar, assim como a interpretação que os outros dão à mensagem;
- *Diferenças culturais* - as diferenças culturais podem gerar mal-entendidos;
- *Distância e condições físicas* - a distância física impede o contacto face-a-face e impossibilita a deteção dos sinais não-verbais da comunicação. As más condições físicas aumentam o ruído na comunicação;
- *Timing* - o momento em que a comunicação ocorre pode aumentar ou diminuir a sua eficácia.

Formas de melhorar a eficácia comunicacional:

- Esclarecer ideias e objetivos antes de comunicar;
- Encontrar meios de comunicação adequados;
- Saber ouvir/escuta ativa.

Dicas para uma escuta ativa/ser bom ouvinte:

- Descontraia-se - olhe o interlocutor nos olhos, faça o interlocutor sentir-se à vontade consigo;
- Escute atentamente - não escute só metade, seja todo ouvidos ;
- Mostre interesse e deixe que a sua expressão facial traduza o seu interesse;
- Mostre compreensão - nunca revele sinais de cólera ou de enfado.

Expressões verbais que podem ser uma ajuda para demonstrar uma escuta ativa:

- Uh-hum, Mmm, Sim, Eu entendo, Certo, Continue...
- Quer dizer mais alguma coisa acerca disso?, Ah-hah...
- Estas respostas podem ser variadas ou combinadas *ad infinitum* : "Sim, continue..", ou "Ah, entendo..."

Melhorar a eficácia comunicacional:

- Saber obter e dar feedback;
- Usar um grau de redundância correto;
- Utilizar linguagem direta e simples;
- Controlo emocional adequado;
- Atender aos aspetos não verbais;
- Sensibilidade ao mundo e às representações do interlocutor;
- Proporcionar informação verdadeira e atempada;
- Assegurar a congruência entre mensagens e atos;
- Ir ao encontro do estilo comunicacional do(s) interlocutor(es);
- Saber elogiar e dar reconhecimento;
- Estar atento ao outro dando e procurando obter informação de retorno;
- Sumariar o que o outro diz - "Será que me fiz entender?" "Não me sinto muito elucidada. Será que me pode explicar melhor?" "O que me está a dizer é então que...";
- Refletir sobre as emoções os outros parecem transmitir.



• Estilos comunicativos

Informar as participantes dos diferentes estilos comunicativos e dos efeitos relacionais destes.

Estilo Agressivo – Comunica “*tu não és importante*”

O estilo agressivo manifesta-se em comportamentos de ataque contra as pessoas e os acontecimentos. O agressivo prefere submeter os outros a ouvi-los. Fala alto, interrompe e não tem competências de escuta ativa. Desgasta psicologicamente os que o rodeiam. Pensa que o seu método é sempre o ganhador mas não se apercebe das consequências. Os outros evitam falar-lhe francamente e de forma verdadeira pois não se sentem acolhidos e temem represálias.

Efeitos do estilo agressivo na pessoa:

- Reforço, consequências agradáveis: sentimento de poder;
- A curto prazo - liberta tensão, poder sobre os outros;
- A longo prazo - embaraço, culpabilização, tensão, hiper vigilância, dificuldades interpessoais e de saúde, nomeadamente, depressão.

Efeitos do estilo agressivo nos outros:

- Mágoa, humilhação, frustração, temor/inibição, agressividade/cólera;
- Retaliação aberta ou dissimulada;
- Resignação e abandono.

Efeitos do estilo agressivo no geral:

- Perda de pessoas talentosas, poucas iniciativas por parte dos outros, perda de pensamento divergente;
- Corrente de agressividade, energia orientada para lutas internas, mau clima, conflitos.

Estilo Passivo – Comunica “*eu não sou importante*”

A atitude passiva é uma atitude de evitamento perante as pessoas e os acontecimentos. Não sendo capaz de afirmar-se, o passivo afasta-se ou submete-se, não age. Torna-se frequentemente uma pessoa ansiosa, com problemas somáticos. Não age porque receia a avaliação dos outros e teme a decepção. É habitualmente tímido e silencioso.

Efeitos do estilo passivo na pessoa:

- Reforço negativo que poderá resultar em problemas futuros;
- Baixa autoestima, frustração;
- Irritabilidade, autocomiseração, tensões internas, revolta/agressividade;
- A longo prazo - incapacidade, somatização.

Efeitos do estilo passivo nos outros:

- Pena, desvalorização, exploração, comparações desfavoráveis;
- Indiferença.

Efeitos do estilo passivo no geral:

- Empobrecimento das relações;
- Restrição de tarefas e contactos.

Estilo Manipulativo – Se comunicasse o que realmente é real para ele, comunicaria “*tu és importante para os meus objetivos*”

O manipulador não se implica nas relações interpessoais. Esquiva-se aos encontros, procurando a satisfação das próprias necessidades e não se envolve diretamente com as pessoas ou acontecimentos. O seu estilo caracteriza-se por manobras de distração ou manipulação e desrespeito pelos sentimentos dos outros.

Apresenta discursos diferentes consoante os interlocutores a quem se dirige. Tira partido das pessoas para conseguir os seus objetivos. É uma pessoa muito “teatral”, não comunicando claramente as suas necessidades.

Efeitos do estilo manipulativo na pessoa:

- Reforço negativo que poderá resultar em problemas futuros;
- Despersonalização, sentimento de poder, frustração;
- Deterioração das relações interpessoais, isolamento, solidão.

Efeitos do estilo manipulativo nos outros:

- Desconfiança, desagrado;
- Indiferença, evitamento;
- Irritação, agressividade, cólera.

Efeitos do estilo manipulativo no geral:

- Empobrecimento das relações;
- Restrição de tarefas e contactos;
- Conflitos.

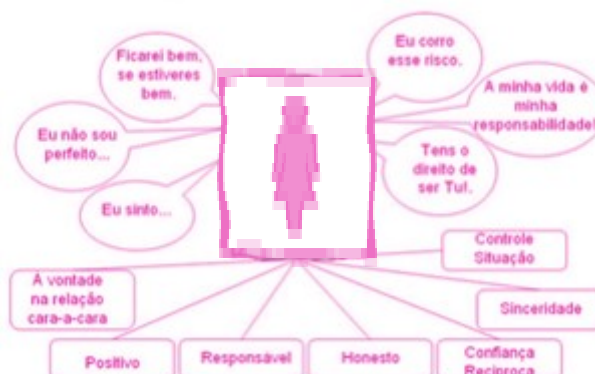
Estilo Assertivo – Comunica “*todos somos diferentes mas igualmente importantes*”

As pessoas assertivas são capazes de defender os seus direitos, os seus interesses e de exprimir os seus sentimentos, os seus pensamentos e as suas necessidades de forma aberta, direta e honesta.

Estas pessoas não humilham nem desvalorizam os outros para afirmar os seus direitos. A pessoa afirmativa tem respeito por si própria e pelos outros, está aberta ao compromisso e à negociação. Aceita que os outros pensem de forma diferente da sua, respeita as diferenças, comunica clara e diretamente as suas necessidades.

O comportamento assertivo é caracterizado por não violar os seus próprios direitos, nem os dos outros. Necessidades, sentimentos e opiniões são expressos de uma forma direta, honesta e apropriada. O comportamento assertivo respeita os sentimentos dos outros e facilita uma comunicação em dois sentidos.

Comportamento Assertivo





Utilizar afirmações na primeira pessoa - indicam que fala por si:

- 'Eu penso que...', 'A minha ideia é esta...', 'Eu gostaria...', 'Eu prefiro...', 'Eu sinto que...';
- Diga 'Eu gostaria de fazer as coisas de maneira diferente' em vez de 'Se calhar era melhor fazer as coisas de maneira diferente'.

Afirmações breves, claras e 'diretas ao assunto' - mostram claramente aquilo que quer:

- 'Eu gostaria de começar esta semana'.

Distinções entre factos e opiniões - reconhecer que as coisas podem ser diferentes para diferentes pessoas:

- 'Na minha opinião...', 'A experiência que eu tenho é diferente, pois...';
- Diga 'Este exame correu-me bem' em vez de 'Este exame foi fácil'.

Oferecer sugestões - as sugestões dão à outra pessoa, a possibilidade de decidir pela sua própria cabeça após as ter avaliado:

- 'Que tal fazer antes assim...?'; 'Seria mais prático se...?'; 'Gostavas de ...?';
- Evitar expressões como 'dever' e 'ter de'.

Crítica construtiva sem culpabilização ou suposições - realça os factos nas ações dos outros sem os atacar enquanto pessoas, culpabilizar em excesso ou tirar conclusões precipitadas:

- 'João, tenho sentido que tens estado menos comigo' em vez de "Tu já gostas mais de mim";

Questões com o fim de descobrir o que pensam os outros, quais as suas opiniões e necessidades - preferencialmente, questões abertas, com o objetivo de obter mais informação.

- 'O que é que tu pensas sobre isto?'; 'Que implicações tem esta decisão?';
- Questões mais direcionadas, que procuram conduzir a outra pessoa a determinadas respostas, são evitadas: 'Tu não gostas disto, pois não?'.

Como fazer um pedido assertivamente:

- Não se desculpar ou justificar excessivamente;
- Ser direto e breve;
- Apresentar uma razão para o pedido;
- Não 'impingir' o pedido;
- Não se apoiar na amizade ou boa vontade da outra pessoa;
- Não interpretar a recusa como algo contra si próprio;
- Respeitar o direito da outra pessoa em recusar.

Como recusar um pedido assertivamente:

- Resposta breve mas não brusca/abrupta;
- Simplicidade;
- Evitar desculpas, apresentar o verdadeiro motivo para recusar;
- Evitar frases do tipo 'Não posso...';
- Não se desculpar excessivamente;
- Reconhecer a iniciativa/convite de quem faz o pedido;
- Identificar-se com a sua própria decisão;
- Solicitar clarificações;
- Pedir tempo para tomar uma decisão;
- Ter atenção ao comportamento não verbal.



Como expressar desacordo e apresentar as suas opiniões:

- Expressar desacordo de forma firme;
- Expor dúvidas de uma forma construtiva;
- Utilizar afirmações começando por “Eu...”;
- Flexibilizar a opinião pessoal;
- Apresentar os motivos para discordar;
- Chamar a atenção para os aspetos com os quais concorda;
- Reconhecer os pontos de vista da outra pessoa.

Como emitir um elogio:

- Manter o contacto visual;
- Elogio breve e claro;
- Utilizar afirmações começando por “Eu...”;
- Destacar aspetos específicos que lhe agradaram.

Como receber um elogio:

- Agradecimento simples;
- Resposta curta;
- Concordar ou manifestar aceitação do elogio.

Como transmitir notícias desagradáveis:

- Tomar a iniciativa;
- Introduzir o assunto;
- Transmitir as notícias específicas que são desagradáveis;
- Indicar as implicações;
- Mostrar disponibilidade para ouvir sugestões/soluções para o problema.

Sugestões para aumentar a eficácia da comunicação:

- Atuar como modelo de calma e tranquilidade;
- Incentivar o interlocutor a falar;
- Ouvir abertamente;
- Mostrar compreensão do que é dito;
- Tranquilizar o outro;
- Ajudar a 'salvar a face';
- Definir objetivos da comunicação/preparar a comunicação;
- Lidar com um problema de cada vez;
- Escolher o lugar e o momento certos.

	PASSIVO	AGRESSIVO	MANIPULATIVO	ASSERTIVO
VOZ	Tom baixo, monocórdico, gentil, caloroso.	Tom alto, firme, duro/frio e áspero.	Tom alto ou baixo, mais gentil ou áspero de acordo com o impacto pretendido.	Tom natural, firme, agradável, sincero e claro (apropriado).
PADRÃO DE DISCURSO	Hesitante e muito pausado.	Fluente, rápido, seguro e abrupto. Sarcasmo, menosprezo, autoritarismo e intolerância.	Varia de acordo com a situação e os interlocutores.	Fluente e seguro (com pausas necessárias), enfatiza as palavras chave.
EXPRESSÃO FACIAL	Nervosismo, sobrancelhas levantadas, olhar apelativo, sorriso nervoso e culpado.	Arrogância, crispação do rosto - sobrancelhas e testa franzidas com ar reprovador, lábios apertados, maxilar firme, queixo projetado para a frente.	Exprime apenas o que sabe que impressiona.	Expressão descontrainda, interessada, atenciosa, sorrisos genuínos e ocasionais e oportunos, sério quando se zanga.
EXPRESSÃO DO OLHAR	Evasivo e fugidio.	Fixo e penetrante, de cima, olha de revés o interlocutor.	Fugidio ou dominador conforme as circunstâncias.	Firme mas não insistente.
GESTOS E POSTURA CORPORAL	Muitos movimentos, ombros caídos.	Movimentos cortantes e bruscos, mãos cerradas, aponta diretamente, postura rígida, cabeça levantada, braços cruzados.	Movimentos e postura tipicamente passiva, agressiva ou assertiva.	Movimentos seguros, firmes e descontraindos, postura direta mas confortável, poucos movimentos, cabeça erguida ou levemente inclinada.



3. Comunicar com as pessoas próximas e com profissionais de saúde



• Comunicação com as pessoas próximas

Regra geral, o cancro também afeta as pessoas próximas pelas mudanças no funcionamento e pontos de referência da família, mudanças profissionais, medo de perder o outro, confronto com sua própria mortalidade, vontade e incapacidade para apoiar o outro. As mulheres podem sentir-se como um fardo ou, por outro lado, totalmente sozinhas e não dispostas a partilhar os seus medos. Os outros protegem-se geralmente, evitando o problema ou lidando com o problema de uma forma muito positiva, o que, paradoxalmente, cria distância com o paciente, que se sente isolado e só. Podem ocorrer conflitos nesta fase, seguindo-se mudança de papéis. As pessoas questionam-se muito sobre os limites do que devem e não devem partilhar com os outros.



• Partilha de experiências positivas e dificuldades sentidas.

“Gostava que falássemos um pouco sobre as experiências positivas e as dificuldades que sentimos na comunicação com as pessoas que nos são mais próximas. Peço que, cada uma, refira um aspeto positivo e uma dificuldade sentida. Quem quer começar?”

O terapeuta deve estimular a partilha das experiências e concluir que a comunicação com as pessoas mais próximas ajuda a diminuir o sentimento de solidão e isolamento e possibilita lidarem com a situação em conjunto, fortalecendo laços e relações.



• Comunicação com os profissionais de saúde

A qualidade do relacionamento com os profissionais de saúde é importante, são eles que providenciam o tratamento e veiculam as boas e as más notícias. Idealmente esta relação deve ser construída com base no respeito mútuo, no diálogo e na interação autênticos, gerando compreensão, cooperação e apoio. Estas relações podem tornar-se complexas de gerir, devido às expectativas, necessidades e complexidade da própria comunicação.

Alguns pacientes sentem-se muitas vezes dependentes do médico, a quem conferem autoridade que não se atrevem a pôr em questão. Outros têm uma relação de evitamento e não se atrevem a colocar questões, especialmente nos casos em que já receberam respostas alarmantes em relação à sua doença. O medo acaba prejudicar o fornecimento da informação. Inversamente, alguns pacientes sentem-se muito ansiosos quando não têm acesso à informação que necessitam. Sentem-se sozinhos com os seus medos e preocupações quando os profissionais de saúde parecem demasiado ocupados ou restringem o âmbito da consulta a discussões técnicas sobre o tratamento médico. Por vezes os pacientes têm expectativas muito altas em relação ao profissional de saúde e podem ficar desapontados ou zangados quando estes explicam as limitações das suas competências. A raiva e a frustração associadas à doença podem ser deslocadas para os profissionais de saúde.

Sugestões para melhorar a comunicação:

- Fazer perguntas objetivas da competência do médico - fazer uma lista de perguntas antes da consulta;
- Não esperar que o médico adivinhe os seus pensamentos/dúvidas;
- Ter expectativas realistas em relação aos profissionais de saúde;
- Procurar uma segunda opinião.

- Relaxamento (opcional) - ver sessão 5.

SESSÃO 8

Viver e objetivos pessoais

 105 min

1. Objetivos pessoais



- Avaliação dos objetivos pessoais

No final dum tratamento de cancro, os pacientes sentem-se contentes por ter chegado ao fim e voltarem a ter uma vida normal, reencontrando os seus papéis. Contudo, este sentimento é muitas vezes misturado com o de medo de não ser capaz de “voltar” e o de abandono pela equipa médica e pela perda de segurança que ela representava. Esta fase final do tratamento requer uma revisão das prioridades anteriores ou a construção de novas prioridades.

A doença levanta muitas vezes questões existenciais: “O que é que eu fiz com a minha vida? Quais são os meus planos? Quais são os meus valores? O que devo fazer? Gostaria de fazer de forma diferente?”. Durante o tratamento, várias áreas da qualidade de vida do doente podem ter sido afetadas. Enquanto alguns pacientes beneficiam deste período de transição para desenvolver novas direções e prioridades; outros sentem-se perdidos, sem pontos de referência e incapazes de construir projetos para o futuro.

Em alguns casos, o paciente sente-se fisicamente incapaz e sente-se frustrado, sente que perdeu a sua utilidade social e a competência para considerar uma nova vida. É importante identificar os novos objetivos de vida, bem como, identificar os que foram impedidos ou prejudicados pela experiência do cancro. Deve-se reavivar ou transformar os objetivos formados e criar condições para que surjam novos objetivos. A experiência de cancro pela qual passaram pode ser uma oportunidade para melhorarem o autocontrolo e a satisfação com a vida (pois podem aproveitar para repensar o que é importante para vós e ver se têm valorizado as vossas prioridades ou se pretendem fazer mudanças para valorizá-las mais).



- Cada participante deve apontar os seus principais objetivos pessoais.



“Agora peço-vos que escrevam os vossos principais objetivos pessoais. Depois gostaria que lessem alguns em voz alta para que possamos comentar em grupo.”

O terapeuta deverá ajudar na identificação de objetivos o mais concreto e definidos possível (por exemplo, comprar a casa dos meus avós, passar mais tempo com os meus filhos). Quando todas as participantes tiverem identificado os seus objetivos o terapeuta pode solicitar a algumas participantes que leiam um dos seus objetivos e fomentar a discussão de grupo, promovendo a identificação dos pontos fundamentais para atingir os objetivos.

- A importância de estabelecer objetivos pessoais flexíveis

- Discutir objetivos pessoais;
- Identificar o impacto da doença sobre os objetivos;
- Transformar o sentimento de rutura num sentimento de continuidade;
- Ajudar a paciente a recuperar os seus antigos projetos ou a construir novos, identificando e explorando as coisas importantes para si.

O terapeuta deve salientar que nem todos os objetivos anteriores têm de continuar a fazer sentido às participantes. Explicar que é natural que ao longo da vida se vá mudando e ajustando os objetivos às contingências positivas e negativas que ocorrem. O importante é não deixar de ter objetivos, devemos perspetivar o que gostaríamos de ter no futuro. TODOS temos de ter noção que é natural que o que esperamos hoje pode ter que ser ajustado ao longo do tempo, mas não devemos deixar de ter esperança e sonhar!



- Fornecer direções serviços de psico oncologia e outros serviços onde as participantes poderão obter endereços de psicólogos e associações, no caso de pretenderem aprofundar as técnicas que o grupo trabalhou.

- Aconselhar as participantes a deixar decorrer algum tempo para assimilar os conteúdos das sessões de grupo antes de se envolverem outro projeto.



- Questionar o grupo: O que é que concluem acerca da sessão? Que principais aprendizagens retiram da globalidade das sessões?

Ajudar as participantes a realizar uma síntese de todas as sessões.

- Relaxamento (opcional) - ver sessão 5.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, M. & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2): 191-206. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00095-6.
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas*. Dissertação de doutoramento não publicada em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S. & Murgui, S. (2011). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology and Health*, 1-16. DOI: 10.1080/08870446.2010.542814
- Armitage, D., Clifford, C., Shusterman, L., Steliqo, K., Auton, J. & Schockney, L. (2010). Anxiety When Treatment Stops. Acedido em 20 de Dezembro de 2010, em www.thebreastcaresite.com/tbcs/InTreatment/Chemotherapy/AnxietyWhenTreatmentStops.htm.
- ASGW (Association for Specialists in Group Work). (1991). *Ethical guidelines for group counselors*. Alexandria (VA): Author.
- Badger, T. A., Braden, C. J. & Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28 (3): 567-74.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H. & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27: 19-28.
- Basen-Engquist, K., Hughes, D., Perkins, H., Shinn, E., & Taylor, C.C. (2008). Dimensions of physical activity and their relationship to physical and emotional symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 253–261. doi: 10.1007/s11764-008-0067-9
- Bielger, K., Chaoul, M., Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncologica*, 48, 18-26.
- Bottomley, A. (1997). Where are we now? Evaluating two decades of group interventions with cancer patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4: 251–265.
- Bottomley, A. (1998). *Depression in cancer patients: A literature review*. *European Journal of Cancer Care*, 7: 181–191.

- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L. & Bradley, C. (1996). A Pilot Study of Cognitive-behavioural Therapy and Social Support Group Interventions with Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14: 65-83.
- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 491-501.
- Brown, N. W. (2005). Psychoeducational groups. In S. A. Wheelan (Ed.). *The handbook of group research and practice* (pp. 511-529). Thousand Oaks (USA): Sage Publications
- Brown, N. W. (2011). *Psychoeducational groups: Process and practice* (3rd Ed.). New York (USA): Routledge.
- Bui, Q.U., Ostir, G., Kuo, Y. F., Freeman, J. & Goodwin, J. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89(1): 23-28.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330:702–705. Doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Burlingame, G. M., Kapetanovic, S. & Ross, S. (2005). Group psychotherapy. In S. A. Wheelan (Ed.). *The handbook of group research and practice* (pp. 387-406). Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D. & Harman, J. E. (2007). Changes in Emotion Regulation and Psychological Adjustment Following Use of a Group Psychosocial Support Program for Women Recently Diagnosed with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 16: 171-180.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D. & Harman, J. E. (2007). Changes in Emotion Regulation and Psychological Adjustment Following Use of a Group Psychosocial Support Program for Women Recently Diagnosed with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 16: 171-180.
- Carlson, L., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90: 2297–2304.
- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K. & Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer*, 13: 503-514.
- Climent, M. (2009). *Estúdio del gânglio centinela en el câncer de mama*. Dissertação de Doutorado não publicada em Odontologia, apresentada à Universidade de Valência.

- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove (CA): Brooks-Cole.
- Crooks, D. L. (2001). Older women with breast cancer: New understandings through grounded theory research. *Health Care Women Int*, 22: 99–114.
- Cruz, J.F., Gomes, A.R., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação das dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício, desporto e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas das atitudes face ao exercício físico e dos estados de humor e afectivos associados à sua prática. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Cunningham, A. J. & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counselling*, 14: 101-114.
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F. & Shaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-oncology*, 11(6): 479-494.
- Demark-Wahnefried, W. (2010). Changing health behaviors after treatment. In Holland, C., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M. & McCorkle, R. (Eds) *Psycho-oncology* (2nd Ed). New York: Oxford University Press.
- Demoncada, A. C. & Feurestein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1): 13-34.
- Derogatis, L. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- Dolbeault, S., Mignot, V., Gauvin-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B. & Medioni, J. (2003). Evaluation of psychological distress and quality of life in French cancer patients: Validation of the French version of the memorial distress thermometer. *Psycho-oncology*, 12 (Suppl.4): S225.
- Dolbeault, S. Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., Hardy, P. & Dickes, P. (2008). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.1440
- Drossel, C. (2008). Group Interventions. In O'Donohue, W. & Fisher, J. E. (Eds). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd Ed). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Durá, E. & Hernandez, S. (2001). Programas de apoio social para enfermos oncológicos. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da psicologia oncológica*. (pp. 453-479) Lisboa: Climepsi.

- Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8: 295-305.
- Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-oncology*(8): 306-314.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P.J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Russell, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23:3052–3060. doi: 10.1200/JCO.2005.08.041
- Eversley, R., Estrin, D., Dibble, S., Wardlaw, L., Pedrosa, M., & Favila-Penney, W. (2005). Post-treatment symptoms among ethnic minority breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 32, 250–256. Doi: 10.1188/05.ONF.250-256
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301 (6752):575–580.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. et al. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84: 1011-1015.
- Fawzy, F., Fawzy, N. & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In Baum, A., Andersen, B. (Eds). *Psychosocial Interventions For cancer*. (pp. 235-267). Washington: American Psychological Association.
- Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35, 1559–1564.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52: 100–113.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K. & Sullivan, M. (1997). EORTC QLQ C-30: Scoring manual. Brussels: EORTC Study Group on Quality of Life.
- Fossa, S., Aass, N. & Opjordsmoen, S. (1994). Assessment of quality of life in patients with prostate cancer. *Seminars in Oncology*, 21(5): 657-661.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Liscum, K. (2006). Optimism, social support, and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15: 595–603. doi: 10.1002/pon.992

- Ganz, P. A., Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Lash, T. L., Rakowski, W. & Silliman, R. A. (2003). Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21: 4027 – 4033.
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. In R.J. Davidson, K.R. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.). *Handbook of affective disorders* (pp. 1053–1082). New York: Oxford University Press.
- Gil, F., Travado, L., Tomamichel, M. & Grassi, L. (2003). Visual analogue scales (VAS) and hospital anxiety depression (HAD) scale as tools for evaluating distress in cancer patients: A multi-centre Southern European study. *Psycho-Oncology*, 12 (Suppl. 4): S257.
- Góngora, J. (1996). *Familias com personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención*. Castilla e León: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Gonzalez, S.; Steinglass, P. (1987). Application of multifamily groups in chronic medical disorders. In McFarlane, W. (Ed.). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 315-394). Nova York: The Guilford Press.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, C. & Phillips, C. (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-oncology*, 6: 279-289.
- Guimarães, A. et al. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde.
- Helgeson, V., Cohen, S., & Schultz, R. (2001). Group support interventions for people with cancer: benefits and hazards. In J. Yasko, A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial Interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Holland, J. (1989). Behavioral and psychological risk factors in cancer: human studies. In Holland, J. C. & Holland, J. W. (Eds.). *Handbook of psycho-oncology* (pp.135-154). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Holland, J. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, (1): 1-13.
- Hollon, S. D., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. . In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw & G. Emery (Eds.), *Cognitive therapy of depression*. (pp. 328-353). New York Guilford Press.
- Hong, J., Holcomb, V., Dang, F., Porampornpilas, K., Nunez, N. (2010). Alcohol consumption, obesity, estrogen treatment and breast cancer. *Anticancer Research*, 30, 1-8.

- Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-behavioural therapies in cancer care. In M. Watson & D. Kissane (Ed.). *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 15-26). Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Ibipino, G., Yamaguchi, N., Silva, L., Laganá, M., Monteiro, A., Valentim, P., Vasconcelos, E., & Froes, N. (2005). *Manual do paciente com câncer: Educando para ter saúde*. Napacan.
- Johnson, J. (1982). The effects of a patient education course on patients with a chronic illness. *Cancer nurse*, April issue: 117-123.
- Justo, J. M. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. R. Dias & E. Durá (Coord). *Territórios da doença oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kantor, D. E., Houldin, A. (1999). Breast cancer in older women: Treatment, psychosocial effects, interventions, and outcomes. *J Gerontol Nurs*, 25: 19–25.
- Kash, K.M., Mago, R., & Kunkel, E.J. (2005). Psychosocial oncology: Supportive care for the cancer patient. *Seminars in Oncology Nursing*, 32: 211–218.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential Group Psychotherapy for Women with Primary Breast Cancer: a Randomised Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 12: 532-546.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential Group Psychotherapy for Women with Primary Breast Cancer: a Randomised Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 12: 532-546.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, 16: 606-613.
- Lent, R. (2007). Restoring emotional well-being: a theoretical model. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 231-247). Bethesda (USA): Springer.
- Lyons, M.A., Jacobson, S.S., Prescott, B., & Oswald, D. (2002). Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 3: 1–26.
- Margreiter, R., Fleischhacker, W. W., & Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors?. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Martin, M. Y., Pollack, L. A., Evans, M. B., Smith, J. L., Kratt, P., Prayor-Patterson, H. et al. (2011). Tailoring cancer education and support program for low-income, primary African American cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(1): E55-E59.

- Martin, M. Y., Pollack, L. A., Evans, M. B., Smith, J. L., Kratt, P., Prayor-Patterson, H. et al. (2011). Tailoring cancer education and support program for low-income, primary African American cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(1): E55-E59.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32: 57
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. *Cancer*, 70: 120-125.
- McMillan, S.C., Tittle, M.B., & Hill, D. (1993). A systematic evaluation of the "I Can Cope" program using a national sample. *Oncology Nursing Forum*, 20: 455-461.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego (CA): EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Mehnert, A. (2004). Prevalence of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression in a representative sample of breast cancer patients *Psycho-Oncology*, 13(Suppl.1): S62.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 383-391.
- Meyer, T. & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14: 101-108.
- Moorey, S. & Greer, S. (2012). *Oxford guide to CBT for people with cancer (2nd Ed)*. New York: Oxford University Press.
- Moorey, S., & Greer, S. (Eds.). (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: OxfordUniversity Press.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-oncology*, 12, 331-344.
- Morran, D.K., Stockton, R. & Whittingham, M.H. (2004). Effective leader intervention for counseling and psychotherapy groups. In Delucia-Waack, J.L., Gerrity, D.A., Kalodner, C.R. & Riva, M.T. (Eds.). *Handbook of group counseling and psychotherapy*. (pp. 91-103). London: Sage.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3): 311-332.

- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3): 311-332.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression in adults with chronic physical health problem: Treatment and management. National clinical practice guideline number 91. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 558-584.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-337). Bethesda (USA): Springer.
- Novo, R. (2000). Para além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa.
- Novo, R. F., Silva, E. D. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In Gonçalves, M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L. S. & Simões, M. (Eds.). *Avaliação psicológica: formas e contextos* (Vol. V, pp.313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Organização Mundial de Saúde (2002-2003). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde (2002-2003). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1): 89-102.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V. et al. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16: 1594-1600.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(4): 53-73.
- Patrão, I. (2007). O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Petrocelli, J. V. (2002). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for general symptomatology: A meta-analysis. *Journal for specialists in group work*, 27 (1): 92-115.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *ArquiMed*, 21(2).
- Pratt, J. H. (1907). The class method of treating consumption in the homes of the poor. *Journal of the American Medical Association*, 49: 755-759.
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counselling*, 50: 179-186.
- Rosenbaum, E. (2008). Alcohol and cancer survivors. Acedido em 2 de Dezembro de 2010, em <http://www.cancersupportivecare.com/Survivor/alcohol.html>.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.). *Psycho-oncology* (pp. 177-186). New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4): 507-517.
- Sellick, S.M., & Crooks, D.L. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8: 315-333.
- Servan-Schreiber, D. (2008). *Anticancro: um novo estilo de vida*. Lisboa: Caderno.
- Shaffer, C. S., Shapiro, J., Sank, L. I. & Coghlan, D. J. (1981). Positive changes in depression, anxiety and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2): 149-157.
- Shapiro, S.L., Lopez, A.M., Schwartz, G.E., Bootzin, R., Figueredo, A.J., Braden, C.J., et al. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57: 501-519.
- Simões, S., Carneiro, F., Schmitt, F., & Lopes, J. (2007). *Cancro*. Porto.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E. & Trew, M. E. (2001). Effect of Group Therapy for Breast Cancer on Healthcare Utilization. *Cancer Practice*, 9(1): 19-26.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E. & Trew, M. E. (2001). Effect of Group Therapy for Breast Cancer on Healthcare Utilization. *Cancer Practice*, 9(1): 19-26.

- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.
- Smith, M.C., Holcombe, J.K., & Stullenbarger, E. (1994). A meta-analysis of intervention effectiveness for symptom management in oncology nursing research. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1201– 1210.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E. et al. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*, 84: 179-185.
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology (Williston Park, NY)*, 18(8): 1021.
- Spiegel, D., Bloom, J. R. & Yalom, I. D. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38: 527-533.
- Spitz, I. & Spitz, T. (1999). A pragmatic approach to group psychotherapy. Philadelphia (PA): Brunner/Mazel, Taylor & Francis Group.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., Low, C.A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (eds). *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 138–175). Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, New Jersey.
- Stevinson, C., Campbell, K., Sellar, C. & Courneya, K. (2007). Physical activity for cancer survivors. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 249-258). Bethesda: Springer.
- Support in the Context of Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(2): 55-67.
- Survivors of breast cancer. *Seminars Oncology*, 30(6), 799-813.
- Tatrow, K. & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioural therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1): 17-27.
- Taylor, E.J. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology NursingForum*, 27: 781–788.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-oncology*, 13: 177-189.
- Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11: 154–169. doi: 10.1002/pon.570
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (In Press). Estudo de validade do questionário de formas de lidar com o cancro. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.

- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. & Albuquerque, E. (In Press). Preliminary psychometric characteristics of the Portuguese version of Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of Portuguese breast cancer women. [Abstract] *European Psychiatry*.
- Uitterhoeve, R. J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P. & Van Achterberg, T. (2004). psychosocial Interventions for Patients with Advanced Cancer - a Systematic Review of the Literature. *British Journal of Cancer*, 91: 1050-1062.
- Van't Spijker, A., Trijsberg, R.W., & Duivendoorn, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59: 280-293.
- Varricchio, C. V. & Aziz, N. M. (2000) Survivorship and rehabilitation. In Lenhard, R. E., Osteen, R. T. & Gansler, T. (Eds). *Textbook of Clinical Oncology (3rd Ed)* (pp. 824-836). Blackwell Scientific Publications: Malden (MA).
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Viana, M. & Cruz, J. (1993). Profile of mood states (short version): Tradução e adaptação. Braga: Universidade do Minho.
- Viana, M. F. Almeida, P. L. & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1 (XIX): 77-92.
- Watson, M., Fenlon, D. & McVey, G. (1996). A support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24: 73-81.
- Watson, M., Fenlon, D. & McVey, G. (1996). A support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24: 73-81.
- Weisman, A. D. Worden, J. W. & Sobel, H. J. (1980). Psychosocial screening and intervention with cancer patients. Project Omega. Boston, MA: Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital.
- Wells, L. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: its conceptualization and measurement*. London: Sage.
- White, J. R. (2000). Depression. In White, J. R. & Freeman, A. S. (Eds.) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Wolff, S. N. (2007). The burden of cancer survivorship: A pandemic of treatment success. In Feuerstein, M. (Ed.). *Handbook of cancer survivorship*. Bethesda (USA): Springer.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychosocial distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10: 19-28.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67:361-370.



TESTES PSICOLÓGICOS

Visite-nos: www.cegoc.pt/area-testes/

Contacte-nos: testes@cegoc.pt