

Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

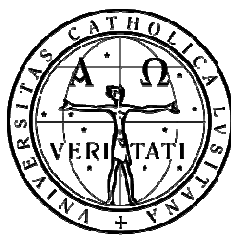
Sufrimento e Coping na Doença Oncológica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Solange Cristina Pereira de Carvalho



JULHO 2015



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

Sufrimento e *Coping* na Doença Oncológica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Solange Cristina Pereira de Carvalho

Sob a Orientação do Prof.º Doutor **João
Carlos Monteiro Major Silva**



JULHO 2015

Resumo

Das várias doenças existentes, a doença oncológica é das principais causas de morte em Portugal e em todo o mundo. Geralmente o tratamento da doença oncológica prolonga-se no tempo, sendo assim fonte de sofrimento, com efeitos negativos no dia-a-dia do doente e da sua família. Assim, a presente dissertação teve como objetivo a realização de uma meta-análise sobre o sofrimento e *coping* em doentes oncológicos, com análise sistemática de vários programas de intervenção psicológica implementados junto de mulheres com cancro de mama. Verificou-se que esta doença afeta o doente de várias formas, provocando sofrimento significativo, exigindo-lhes a utilização de diferentes estratégias de *coping*, para se adaptarem à doença. Conclui-se assim, que uma intervenção somente médica junto de doentes com cancro poderá não ser eficiente, tal como foi possível constatar, considerando-se viável a implementação de programas de intervenção psicológica, para que os doentes consigam lidar com o sofrimento, utilizando diferentes estratégias adaptadas. Neste sentido, entende-se que não é possível realizar uma separação coerente e linear entre o psíquico e o físico, sendo esta a perspetiva apresentada e defendida ao longo da dissertação.

Palavras – Chave: sofrimento; estratégias de *coping*; doença oncológica; intervenção psicológica.

Abstract

Among all existing illnesses, oncologic disease is among the main causes of death both in Portugal and worldwide. Usually, its treatment extends throughout time and it a source of suffering with negative consequences in everyday life for the patient and his/her family. Therefore, this thesis consists of a meta-analysis regarding suffering and coping among oncologic patients, by analysing several psychological intervention programs aimed toward women whom have been diagnosed with breast cancer. It has been possible to conclude that this illness affects the patient in various ways, causing significant suffering and demanding several coping strategies in order to adapt to the disease. Therefore, it is possible to reach the conclusion that a purely clinical intervention among these patients might not be sufficiently efficient. The implementation of psychological intervention programs is needed to allow the patients to deal with their suffering through the use of several techniques these might teach them. These conclusions should invalidate clear separations between the physical and psychic realms, a perspective which is presented and defended throughout this thesis.

Keywords: suffering; *coping*; *coping* strategies; oncologic illness; psychological intervention.

Índice

Página

Resumo.....	I
Introdução.....	3
1. Análise Conceptual do Sofrimento	4
1.1. Enquadramento Teórico	4
1.2. Definição de Sofrimento.....	5
1.3. Tipologia do Sofrimento.....	7
2. Análise Conceptual do <i>Coping</i>	10
2.1. Conceito de <i>Coping</i>	10
2.2. Estratégias de <i>Coping</i>	12
3. Sofrimento e <i>Coping</i> na Doença Oncológica.....	13
3.1. Cancro: Definição e Impacto Biopsicossocial.....	13
3.2. Sofrimento e <i>Coping</i> : Perspetiva do Doente Oncológico.....	15
3.3. Análise de Programas de Intervenção Psicológica.....	17
Conclusão	23
Referências Bibliográficas	25

Introdução

A presente dissertação teve como objetivo a realização de uma meta-análise sobre o sofrimento e *coping* em doentes oncológicos, com análise sistemática de vários programas de intervenção psicológica implementados junto de mulheres com cancro de mama.

Das várias doenças existentes, a doença oncológica é das principais causas de morte em Portugal e em todo o mundo (Wiesner, 2007). Esta realidade não é recente. Durante século XX, o cancro foi considerado como uma doença mortal. Provocando assim, um medo irracional nas pessoas, pois envolve um elevado grau de incerteza, indeterminação no que concerne à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico (Dias, 2002). Esta doença crónica é muitas vezes considerada debilitante, ou seja, possui várias situações específicas que alteram o dia-a-dia da pessoa. Portanto, a experiência de se ter cancro é um acontecimento de vida que implica uma adaptação específica do doente, na medida em que este tem que adquirir novas competências face à doença. É, então, sabido que geralmente o tratamento da doença oncológica prolonga-se no tempo, sendo assim fonte de sofrimento, com efeitos negativos no dia-a-dia do doente e da sua família (Macedo, et al., 2008; Pereira & Lopes, 2002). Através destas evidências, encontra-se o motivo pelo qual a doença oncológica foi o contexto considerado para análise do sofrimento e da forma de lidar com este, nomeadamente o *coping*.

A compreensão da vida humana poderá estar profundamente assente na noção de sofrimento, assim, para melhor compreender o sofrimento humano, não deve ser descartada a dimensão biológica da vida em comunidade (McIntyre, 1999 citado em Oliveira, 2012). Neste sentido, Antonovsky (1996) desenvolveu o termo 'salutogénese' para caracterizar o aspeto positivo do sofrimento, sendo Cassell (1991) uma referência vincada no seu estudo como será apresentado. Neste contexto, o sofrimento foi analisado tendo em conta a visão do ser humano como um todo, holístico. Assim, o sofrimento e a forma como cada indivíduo lida com o sofrimento face à doença (*coping*), deixa de se localizar apenas no psíquico, ou na alma, ou no corpo — o ser humano não é fragmentado, nem dividido em porções onde cada área trabalha individualmente. Apresentaremos então, uma visão integrada desta experiência subjetiva, sendo sempre alvo de avaliação, investigação e intervenção multidisciplinar.

No que respeita a estrutura da presente investigação, a primeira parte refere-se à análise conceptual do sofrimento sobre uma perspetiva monista. A segunda parte centra-se na análise do conceito de *coping* e a terceira parte refere-se à análise da relação entre o sofrimento e o *coping* em específico na doença oncológica, com aplicabilidade prática através da análise sistemática de vários programas de intervenção psicológica em doentes oncológicos. Por fim é apresentada uma conclusão referente à temática em investigação.

1. Análise Conceptual do Sofrimento

1.1. Enquadramento Teórico

Na base de qualquer processo humano estão as emoções (Ekman, 1992). A palavra emoção deriva do latim *emovere*, em que *e* indica ‘para fora’ e *movere* significa ‘movimento’: a emoção significa literalmente ‘movimento para fora’; sugere, assim, uma direção externa a partir do corpo (Freitas-Magalhães, 2007; Ekman, 2004). Maturana (2002), afirma que não há ação humana sem uma emoção que a estabeleça como tal — as emoções são os diferentes domínios de ação possíveis do indivíduo e as distintas disposições corporais que as constituem. Não é a racionalidade que leva ao surgimento de uma ação, mas é antes a emoção que impulsiona este processo. Assim, quando observamos um determinado comportamento, estamos a observar de igual forma os afetos que estão na sua origem (Ekman, 2004; Maturana, 2002). Seguindo esta linha de pensamento, existe uma multiplicidade de reações ao surgir de uma determinada doença, não sendo a ‘pura’ cognição que origina esta reação, mas antes a emoção que lhe está associada (Damásio, 2010).

O dualismo defendido por René Descartes¹, que considerou a mente e o corpo como entidades separadas tem sido ao longo dos tempos um tema dominante nas investigações do campo da Psicologia, mais ainda, é um tema de controvérsia na história da humanidade. Searle (1984) propôs uma solução para a controvérsia do dualismo:

Por que é que temos ainda na Filosofia e na Psicologia, após todos estes séculos, um problema da mente-corpo de um modo que não temos, digamos, um problema da digestão-estômago? Por que é que a Mente parece mais misteriosa do que os outros fenómenos biológicos? Estou convencido de que parte da dificuldade reside em continuarmos a falar acerca de um problema do século XX com um vocabulário fora de moda e próprio do século XVII. (Searle, 1984, pp. 18-19).

Neste sentido, o autor sugere que o dualismo mente-corpo assenta numa questão de linguagem e de compreensão da mesma. Searle compara este dualismo com o fenómeno da *digestão*, a qual é um rótulo para o funcionamento do estômago e dos restantes órgãos do aparelho digestivo. O mesmo acontece, com a *mente* que é considerada como o funcionamento do *cérebro*.

¹ René Descartes nasceu em *La Haye en Touraine* a 31 de março de 1596 e faleceu em Estocolmo a 11 de fevereiro de 1650 foi um filósofo, físico e matemático. Descartes ficará eternamente conhecido pela célebre frase: “*penso, logo existo*” (Damásio, 2010, p.316). Defendeu a perspetiva do dualismo corpo-mente: *res extensa* vs. *res cogitans* (Sabbatini, 1998).

1.2. Definição de Sofrimento

Ao longo dos tempos foram sendo desenvolvidas diversas definições do conceito de sofrimento², muitas delas de carácter dualista; porém, a construção de uma definição mais funcional, implica uma série de dificuldades. Para Serrão (1995), a doença funciona como uma das fontes mais evidentes de sofrimento que por sua vez provoca dor e desconforto, constituindo uma ameaça imaginária ou real à integridade da pessoa.

Segundo Cassell, o sofrimento é “um estado de desconforto severo, nomeadamente *distress*, causado por uma ameaça atual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo” (1991, p.24). Para este autor, o sofrimento provoca uma descontinuidade com o futuro, com a consciência de si e da sua identidade pessoal, mantendo-se a pessoa em constante esforço para o equilíbrio. Por sua vez, McIntyre afirma que o sofrimento pode ser definido como “um estado de desconforto severo associado a uma ameaça à integridade da sua pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afetiva e que são passíveis de modificar esse sofrimento” (1995, p.26).

Importa também realçar que a experiência de sofrimento é subjetiva e essencialmente avaliada através do que é expresso pelo indivíduo que vivencia o sofrimento. Numa perspetiva mais patológica do sofrimento, os autores referem-se a este conceito como mais intenso e profundo, atribuindo-lhe a denominação de ‘dor moral’, sendo a base das depressões melancólicas graves (Carvalho & Branco, 1989). Neste sentido, o sofrimento não é apenas uma entidade nosológica mas antes uma expressão fenomenológica, ou seja, a expressão do que o indivíduo vivencia. Para Stedeford (1986) o sofrimento é expresso através de um misto de culpa, impotência em relação ao futuro, falta de sentido e remorso de acontecimentos do passado. Com a mesma linha de pensamento, a autora Meleis (1991), conceptualiza que a experiência de sofrimento é díspar na sua intensidade, profundidade e duração, tendo uma expressão fenomenológica intrínseca ao indivíduo. Porém, puderam ser observadas algumas respostas características, tais como: cólera, confusão, não-aceitação, culpa de si e dos outros, angústia e auto-compaixão. A autora afirma: “sofrer é sentir-se submerso num oceano negro de dor” (1991, p. 357).

Segundo a International Association for the Study of Pain, citada por Cruzado et al. a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (1990, p. 581). Para Serrão, a dor é

² A palavra sofrimento etimologicamente, refere-se a “pena ou dor que se deve suportar”; do latim *subferre* que significa levar debaixo (Casera, 2001, p.1043).

reconhecida pela “consciência cognitiva como um conteúdo psicoafectivo a que chamamos sofrimento” (1995, p. 31). Entende-se, então, que na perspectiva dos autores supracitados a dor é considerada como uma experiência subjetiva que desencadeia múltiplos processos, tendo na base a individualidade de cada um e o contexto em que se inserem. Assim, o ser humano funciona de modo holístico, como um todo não fragmentado, não sendo possível sentir ‘dor fisiológica’ sem construir cognições associadas a essa dor.

Neste contexto, a intelectualização da dor em sofrimento é o que diferencia o ser humano dos outros animais, por ter consciência de si, por se identificar como um ‘eu’ distinto de todos os outros. Neste sentido, a experiência subjetiva de sofrimento ocorre não só pela dor física ou orgânica, mas também pelo sentimento de perda e de frustração em determinadas lacunas do ciclo de vida. O ser humano reflete sobre a sua vida passada, vive o presente e cria expectativas em relação ao futuro. Em todos estes momentos poderá existir dor, mas para além dessa causa evidente de sofrimento, o ser humano vive períodos de perdas (subjetivas ou não) que alteram toda a sua perspectiva de presente e provavelmente de futuro, pela culpa de uma opção menos boa do passado ou pela falta dela (Pio Abreu, 1994). Este autor afirma que a intelectualização das emoções pode colmatar as características negativas do sofrimento, se forem criadas estratégias para confrontar a situação, adaptando-se gradualmente. Assim, o desenvolvimento de emoções ativas, de empatia e de compaixão auxiliam este processo, bem como a esperança, geralmente oriunda da fé do indivíduo (Renaud, 1994; Rodrigues, 1989). Depreende-se portanto, que o sofrimento é um fator salutogénico, originado de processos biopsicológicos, cognitivos e sociais, que têm na base a experiência subjetiva do modo como o indivíduo compreende e lida com a situação (*coping*).

Todavia, Sebastião (1995) sistematiza separadamente estes dois conceitos, por um lado afirma que a dor é uma ‘sensação essencialmente física’ relacionada com alterações dos processos orgânicos e, por outro, o sofrimento é uma ‘sensação psíquica’ relacionada com sentimentos de perda, ameaça e/ou culpa, que ocorrem geralmente longo de todo o desenvolvimento humano. Compreende-se assim, que o autor de forma consciente ou não defende o dualismo cartesiano, ao separar a mente do corpo, colocando a dor como algo apenas físico e o sofrimento como apenas de cariz mental. Isto é, considera que a dor surge quando existe uma ameaça à integridade física do indivíduo (corpo) e o sofrimento quando surgem afeções de ordem psicológica (mente). Por oposição, as definições anteriores baseiam-se numa abordagem holística do sofrimento humano, o que significa que a natureza e a extensão das reações emocionais de cada indivíduo não dependem unicamente do cérebro, mas da sua interação com o corpo (Tomaz & Giugliano, 1997). É esta a vantagem de

perspetivas como a de Varela, Thompson e Rosch (1991) que partem de uma perspetiva fenomenológica, na qual o mundo não está separado do ser humano, ou seja, somos o projeto do mundo e o mundo é projetado por nós: não podemos separar a mente do mundo nem imaginar um observador descorporalizado. Estes autores referem-se à mente como *Mente Corpórea*³. Francisco Varela subscreve uma visão antidualista, semelhante à de António Damásio, uma vez que não considera a mente por oposição ao corpo nem em contraposição ao campo afetivo.

Esta é a premissa para compreender outra questão controversa que ocorre frequentemente nos profissionais de saúde de forma indesejada. A conceção de dor como apenas a alteração fisiológica condiciona por vezes o juízo clínico dos profissionais de saúde, segundo o qual só existe dor quando é comprovada através dos exames de diagnóstico uma dada alteração fisiológica, tacitamente transmitindo ao doente que a dor que experiencia não tem fundamento real, mas tem origem em ‘fatores psicológicos’ (Oliveira, 2010). Esta situação, que infelizmente acontece de forma recorrente, fundamenta uma vez mais o desfasamento entre o corpo dito físico e o mental ou psicológico. Certamente os profissionais de saúde que tal praticam, não compreendem o sofrimento e causam dor real (não implica que seja fisiológica) ao desvalorizarem tal ‘sintoma’. Os doentes neste contexto sentem-se abandonados, infantilizados.

Neste sentido, a existência de medidas padronizadas para a avaliação da dor fisiológica tende a desvalorizar a dor psicológica que, não sendo detetada pelas medidas em questão devido à inexistência de dados fisiológicos, é frequentemente ignorada pelos profissionais de saúde, sendo esta, portanto, uma perspetiva que assume uma divisão entre o corpo e a mente. Afigura-se-nos pertinente citar o seguinte excerto, com o intuito de explicitar a dimensão das consequências do raciocínio anterior: “A classe médica, sobretudo, simboliza tamanha autoridade perante os doentes, que muitos deles acabam por optar por soluções que derivam das crenças desses cuidadores, ainda que tal lhes aumente o sofrimento” (Oliveira, 2012, p.32).

1.3. Tipologia do Sofrimento

A tipologia do sofrimento de Béfécadu (1993), em análise envolve o ser humano em todas as suas dimensões, permitindo assim, um estudo estrutural da experiência subjetiva que é o sofrimento. Neste sentido, o sofrimento pode ser conceptualizado em diferentes tipos. A

³ Na obra, *A Mente Corpórea*, Varela criou os pilares da ciência cognitiva destinada a superar os dilemas sobre o fenómeno da mente. A neurofenomenologia constituiu-se, assim, numa nova área com tendência na naturalização da fenomenologia.

autora apresenta uma terminologia de cariz biopsicossocial, referindo-se ao sofrimento como: (1) *sofrimento no corpo*; (2) *sofrimento nas relações interpessoais*; (3) *sofrimento na vontade* e (4) *sofrimento no sentimento de unidade e coerência do eu*.

O primeiro, (1) *sofrimento no corpo*, refere-se à fonte física, nomeadamente à capacidade de interagir com o mundo através de palavras, gestos e ações. Renaud afirma que a “dor física nunca é somente física, ela atinge o psíquico através do físico” (1995, p. 22). Este tipo de sofrimento relaciona-se com o conceito de dor, na medida em que ameaça a integridade física do indivíduo. No mesmo sentido, Rawlinson (1986) afirma que para além da ameaça sensorial/física, a perda, a incapacidade de alcançar um determinado objetivo e a doença aqui em destaque, provocam sofrimento no indivíduo. Pessini e Bertachini (2004) seguem esta mesma linha de pensamento, referindo que neste tipo de sofrimento existe uma deterioração gradual do corpo e que algo não está a funcionar corretamente, não sendo necessariamente de origem fisiológica.

No que diz respeito ao (2) *sofrimento nas relações interpessoais*, este refere-se ao ser-com-os-outros, que é uma característica intrínseca ao ser humano, *relacionar-se*. O ser humano é um ser-de-relação, logo é através das relações interpessoais que o indivíduo assume a sua identidade de pessoa (Dinis, 2008). Nesta dinâmica ocorre geralmente a amizade, a confiança, o amor e por seu turno a rivalidade, a inveja e a rejeição, que respetivamente aproximam e/ou afastam os indivíduos entre si (Teixeira, 1993). É neste contexto, portanto, que ocorre o sofrimento relacionado com o afastamento ou perda de alguém significativo, bem como a perda de algum cargo importante. Assim, há um ‘desligar’ definitivo de uma parte do indivíduo a algo que lhe pertencia, provocando geralmente ansiedade, tristeza e desespero características de uma forma particular de sofrimento, o luto (Béfécadu, 1993; Rawlinson, 1986). É caracterizado, ainda, pela perda do papel familiar, de sentimentos de solidão e de isolamento do mundo (Pessini & Bertachini, 2004). Os termos sofrimento e luto poderão, por vezes, ser empregues como se de sinónimos se tratassem, porém o sofrimento é definido como uma resposta normal a uma experiência pessoal de perda que implica posteriormente um processo de luto (Bolander, 1998). Este tipo de sofrimento engloba ainda o *distress* empático que é definido pela perceção que o indivíduo tem do sofrimento da sua família e amigos, em relação à sua doença e por outro lado, pode ser definido pela penosidade da experiência pessoal do doente não ser reconhecida pelos familiares e amigos, manifestando-se através do afastamento e conseqüente falta de suporte emocional (Béfécadu, 1993; Cherny, Coyle & Foley, 1994). Tal como afirma Dinis “as relações interpessoais são constitutivas dos seres humanos e não apenas algo que lhes é sociologicamente acrescentado

como a uma individualidade que se autodefine e autojustifica” (2008, p.3). Neste sentido, o modelo relacional não se centra apenas na relação terapêutica de gabinete, na relação profissional-utente, aplica-se também no contexto familiar, social, na vida em geral. Dinis (2008), defende que a empatia é a premissa *a priori* da ciência da consciência.

Relativamente ao (3) *sofrimento na vontade*, este centra-se no poder que cada indivíduo tem em dar sentido à sua vida, através da vontade de seguir um determinado caminho, optar por um dado investimento cingindo-se pelos seus valores e regras morais (Béfécadu, 1993). No mesmo sentido, as crises existenciais ou sofrimento existencial que ocorre na vida da maioria dos indivíduos, insere-se neste tipo de sofrimento, ou seja, quando há uma discrepância entre a situação vivida e a idealizada (quebra das expetativas), ocorrem geralmente sentimentos de vergonha, remorso, culpa, desapontamento, falta de sentido, desesperança (Cherny, et al., 1994), perda de significação e do sentido da vida (Pessini & Bertachini, 2004). Esta falta de sentido é considerada como a principal origem das perturbações emocionais, assinalada pela sensação de vazio e frustração com a vida (Frankl, 1987). Assim, o cumprimento dos valores pessoais, como fatores de investimento e sucesso, permite superar o sofrimento existencial, aqui equiparado com o sofrimento de vontade (Rawlinson, 1986). Béfécadu (1993) inclui ainda neste tipo de sofrimento as crenças religiosas que moldam a perceção do indivíduo e conseqüentemente as suas ações, por exemplo, o indivíduo avalia o surgimento da doença como uma punição ou castigo divino.

Por último, (4) o *sofrimento no sentimento de unidade e coerência do eu* centra-se na premissa fundamental que aglomera todos os outros tipos de sofrimento. Deste modo, Béfécadu afirma que “o ser psicológico é uma consciência de si que inclui as perceções sensoriais, assim como os processos cognitivos, afetivos e espirituais” (1993, p.15). Assim, a vivência deste tipo de sofrimento é caracterizado pela perda de algo que faz parte da unidade do eu, que se esperava coerente com as expetativas idealizadas (Pessini & Bertchini, 2004). McIntyre acrescenta que “o sofrimento acarreta alguma forma de desregulação emocional” (1995, p.24), podendo este interferir no tipo de *coping* utilizado pelo indivíduo face à doença, bem como afetar a relação com os familiares e amigos. Assim, pode um determinado tipo de sofrimento não ter como origem primária um só domínio, mas antes ter origem em algo holístico e que agrega o ser humano como um todo, podendo porém ter uma carga emocional díspar, quer na intensidade e expressão do sofrimento (Gameiro, 1999).

Contudo, verifica-se que tipologia do sofrimento analisada é uma sistematização conceptual de um conceito tão subjetivo e intrapessoal, que é vivido pelo indivíduo como um ser total e não diferenciado em dicotomias. É nesta linha de pensamento, que o problema

mente-corpo se espelha na forma de análise do sofrimento, dado que é de igual forma um tema subjetivo e idiossincrático, dependendo essencialmente da grelha de leitura que o observador usa, bem como da semântica que utiliza para o definir. Tal como afirma Gameiro (1999), a investigação realizada em torno da temática do sofrimento reflete uma proximidade conceptual, na medida em que se verificam experiências comuns e outras divergentes que dependem não só da razão do sofrimento mas também das especificidades idiossincráticas do indivíduo. Todavia, o principal interesse aqui é compreender o risco ou mais-valia que o sofrimento representa para a identidade da pessoa, não sendo possível assim, encontrar uma causalidade linear⁴, em que o estado mental só é afetado quando existe um determinado prenúncio de ordem física.

2. Análise Conceptual do *Coping*

2.1. Conceito de *Coping*

De modo a permitir uma melhor compreensão da forma como o doente oncológico lida com o sofrimento, torna-se fulcral analisar o conceito de *coping*⁵, dado que se encontra na base de todo o processo de adaptação à doença.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais de cada indivíduo, que organizam, reduzem, controlam as exigências internas ou externas. Tais esforços são exercidos pela interação entre o sujeito e o meio, quando este avalia determinada situação como fora do alcance dos seus próprios recursos. Esta definição possui três pontos essenciais. Primeiramente o *coping* centra-se no que o indivíduo pensa e faz numa dada situação de *stress* e sofrimento. É portanto, um processo orientado pelo próprio, visto que se altera à medida que as situações também se modificam. Assim, entende-se que o *coping* não é uma característica específica de cada sujeito, mas antes um conjunto de cognições e de comportamentos que surgem de acordo com uma dada situação stressante em particular (De Reidder, 1997; Folkman & Lazarus, 1985; Yunes 2003). O segundo ponto é de que o *coping* está associado a um determinado contexto que é influenciado pela avaliação que o indivíduo faz da situação, ou seja, quer o contexto e quer o indivíduo moldam conjuntamente o *coping* utilizado. Considera-se portanto, que o que foi

⁴ Aristóteles (citado em Kenny, 2011) considera quatro causas dos acontecimentos nomeadamente: a *causa formal* refere-se à forma do acontecimento; a *causa material* destina-se ao material com que é realizado; a *causa eficiente* é o que origem o acontecimento; e a *causa final* é considerada a razão pela qual algo aconteceu. Neste contexto, a causalidade linear enquadra-se na causalidade eficiente, na medida em que os autores consideram que só existe ‘sofrimento psicológico’ quando existe ‘dor física’.

⁵ A palavra *coping* é traduzida como “lidar com”, “adaptação” ou “fazer face” (Doron & Parot, 2001).

feito e/ou verbalizado no decorrer da situação stressante, resulta da interação constante entre o sujeito e o meio que o envolve (Folkman & Lazarus, 1984; Graziani & Swendse, 2007). O terceiro e último ponto refere-se às respostas dadas pelo indivíduo numa determinada situação de sofrimento que não são rotuladas por este em boas ou más. São antes, identificadas como esforços que o sujeito utiliza, de forma eficaz ou não, para lidar com as exigências da situação (Gramling, Lambert & Pursley-Crotteau, 1998).

O *coping* tem por base então, explicar a forma como os indivíduos lidam com as exigências internas e externas, que são avaliadas por si próprios. Este desencadeia processos cognitivos e biológicos complexos, com o intuito de adaptar o sujeito, para evitar e/ou contornar a fonte de *stress*, atuando na origem deste, reduzindo as consequências ou ajustando-as. Neste processo de avaliação realizado pelo sujeito, é possível identificar dois tipos de avaliação, primária e secundária. A avaliação primária determina o significado que o acontecimento pode ter no bem-estar do indivíduo. A avaliação secundária avalia os recursos disponíveis do indivíduo para fazer frente ao stressor. Para além destes dois tipos de avaliação, ainda pode ocorrer uma reavaliação, em que se realiza um balanço das possibilidades em função do que o sujeito escolheu (Folkman & Lazarus, 1985; Baptista, 1988; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003; Varela & Leal, 2007).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *coping* é um processo ou uma interação que se desenvolve entre os indivíduos e o contexto em que se inserem. A sua função é gerir a situação que desencadeia *stress*, nomeadamente o controlo das emoções e a resolução do problema. Por último, o *coping* é utilizado de forma consciente pelo indivíduo, reunindo portanto, esforços cognitivos e comportamentais para reduzir ou suportar as necessidades internas ou externas que são fruto da interação com o meio. Assim, o modelo estrutural, defendido por estes autores prevê, precisamente, uma definição cognitivo-relacional da resposta ao *stress* (Folkman & Moskowitz, 2000; Graziani & Swendse, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Leventhal, Maes & Ridder, 1996). Poderá assim apontar-se como principal limitação do modelo de Lazarus e Folkman (1984), o facto de não dar atenção aos fatores externos, como a dimensão psicossocial ou outros fatores ambientais que influenciam o processo de *coping*. A perceção por parte do indivíduo de que os outros estão disponíveis para fornecerem o apoio necessário em situações de crise, parece ser benéfico para a saúde e bem-estar deste.

2.2. Estratégias de *Coping*

No estudo do *coping*, é importante diferenciar o que alguns autores designam de estratégias e estilos de *coping*. As estratégias de *coping* mais frequentes na literatura são as estratégias que promovem a resolução dos problemas, bem como as estratégias que permitem o controlo das emoções (Bennett, Phelps, Hilgart, Hood, Brain & Murray, 2012; Grassi-Oliveira, Filho & Brietzke, 2008; Lazarus & Folkman, 1984; Varela & Leal, 2007;).

As estratégias de *coping* que permitem o controlo das emoções são normalmente usadas quando não se pode alterar ou contornar a origem de *stress* (Coelho & Ribeiro, 2000; Lazarus & Folkman, 1984). Segundo estes autores, o objetivo destas estratégias de *coping* é diminuir o mal-estar emocional e o sofrimento, em que o indivíduo se distancia do problema e desvaloriza as situações negativas. Estas estratégias promovem esperança e otimismo, permitindo negar os factos e as implicações geradas pela situação stressante (Coelho & Ribeiro, 2000; Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de *coping* que viabilizam a resolução de problemas são utilizadas quando as situações são entendidas pelo indivíduo como passíveis de controlo. São portanto, estratégias que se centram na análise, interpretação e definição do problema pelo indivíduo, criando assim possíveis soluções, avaliando os custos e benefícios de cada uma destas e por fim, a opção pela estratégia adequada (Bennett, et al., 2012; Coelho & Ribeiro, 2000; Lazarus & Folkman, 1984).

De acordo com Varela e Leal (2007) estes dois tipos de *coping* ocorrem geralmente associados. Porém, as estratégias de *coping* orientadas para as emoções surgem imediatamente após as situações e são progressivamente substituídas pelas estratégias que fomentam a resolução de problemas.

Segundo os autores Saniah e Zainal (2010), a tendência para escolher uma determinada estratégia de *coping* depende do reportório das experiências tipicamente reforçadas pelo próprio sujeito. No entanto, McCrae e Costa (1986) consideram difícil avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelo sujeito em boas ou más. Visto que existem estratégias que a curto prazo podem ser eficazes, mas a longo prazo podem ser consideradas contraproducentes. São exemplo os estilos de *coping* “aditivos”, que se referem ao consumo de substâncias por parte do sujeito (e.g., antidepressivos), que a curto prazo são eficazes tendo em conta os resultados, mas que a longo prazo podem ser consideradas prejudiciais devido à necessidade de aumentar a sua frequência para obter os mesmos resultados que inicialmente. Portanto, a qualidade das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos não podem ser avaliadas *a priori*, mas antes analisadas *a posteriori*, tendo por base o contexto, as vantagens ou desvantagens a curto, médio e longo prazo (Saniah & Zainal, 2010).

O uso repetido de determinadas estratégias de *coping* constitui-se como um determinado estilo *de coping* (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) defendem que os estilos de *coping* estão associados às características da personalidade do sujeito ou aos resultados que obtém com o uso de um determinado tipo de estratégias, que fazem parte de um estilo específico de *coping*. É evidente, portanto, que os estilos de *coping* são influenciados pelas estratégias de *coping* selecionadas pelo sujeito face a um problema ou situação de crise. Segundo Carver e Scheier (1994), os indivíduos desenvolvem hábitos específicos para lidar com o *stress*. Estes hábitos designados estilos de *coping* influenciam as futuras ações do indivíduo. Verifica-se portanto, que os autores definem então, estilos de *coping*, como uma tendência, uma dada reação, a utilizar numa situação de *stress*. Estes autores consideram, que os estilos de *coping* não implicam obrigatoriamente um traço específico de personalidade que predispõe a reação do indivíduo, refletem antes uma tendência a responder de uma dada forma, tendo sempre em conta o contexto e as circunstâncias da situação.

Contudo, percebe-se que os indivíduos recorrem a estratégias relativamente repetitivas, face a diferentes stressores e contextos, não podendo deste modo, definir-se num só estilo de *coping* a utilizar. Assim, os estilos de *coping* encontram-se a par da tipologia descrita anteriormente de Band e Weisz (1988), que inclui portanto, comportamentos de aproximação, aceitação, evitamento e negação, bem como *coping* passivo e ativo em relação à situação stressante (Holahan & Moss, 1985; Livneh, Antonak & Gerhardt, 2000; Rudolph, Dennig & Weisz, 1995).

3. Sofrimento e *Coping* na Doença Oncológica

3.1. Cancro: definição e impacto biopsicossocial

O termo *cancro*⁶ é usado para descrever uma condição médica caracterizada pelo crescimento anormal de células incontrolável, que origina neoplasias (Ogden, 2004; Pereira & Lopes, 2002). Existem dois tipos de tumores, *benignos* e *malignos*. Os tumores *benignos* não se espalham pelo corpo do doente, já os tumores *malignos* são constituídos por metástases que permitem a separação de células do tumor e se deslocam para outras partes do corpo. A este processo dá-se o nome de metastização (Ogden, 2004). Destas células cancerígenas, cerca de

⁶ Em termos etimológicos a palavra *cancro* tem origem no latim *cancer* e significa *caranguejo*. Esta palavra remete-nos ao século V a. C., em que Hipócrates, o “pai da medicina” verificou que as “veias” oriundas dos tumores do peito tinham semelhanças com um caranguejo (Pereira & Lopes, 2002).

90% são *carcinomas* que têm origem nas células dos tecidos. No entanto, existem mais dois tipos de células cancerígenas, *sarcomas* que surgem no tecido conjuntivo e *leucemias*, que têm origem no sangue (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004).

Na perspectiva de diferentes autores Amorim e Pereira (2009), Massie (2004) e Teunissen, Greff, Voest e Haes (2007) a doença oncológica é silenciosa e representa uma ameaça à vida do doente, provocando também uma situação stressante para toda a família, atingindo cada membro individualmente. Do ponto de vista fisiológico, as alterações surgem geralmente associadas aos sintomas, efeitos secundários da doença e do tratamento. O doente pode apresentar sintomas de dor, boca seca, perda acentuada de peso e massa muscular, falta de apetite, obstipação, mal-estar ou dor abdominal, fraqueza, fadiga, náuseas, incontinência quer fecal quer urinária, aumento da frequência urinária e vômitos (Twycross, 2003). Estes sintomas intensificam-se com o avançar da doença, provocando sofrimento tendo assim, efeitos negativos no funcionamento biopsicossocial do doente (Rolland, 2005; Twycross, 2003). Segundo Pereira e Lopes (2002), a maioria das alterações físicas que ocorrem no doente oncológico causam uma progressiva perda de autonomia, de controlo e intimidade. Nestes doentes, quando o processo causa deformações físicas significativas é frequente sentirem vergonha, insegurança, desconforto, levando a que o indivíduo se isole e ponha em causa os seus papéis sociais e relacionamentos significativos (Dias, 2005). A nível biopsicossocial a literatura nesta área demonstra que a depressão e a ansiedade são reações frequentes em doentes oncológicos. Dado que a adaptação aos sintomas do cancro e, do conseqüente tratamento, designadamente quimioterapia e radioterapia são geradoras de sofrimento (Dias, 2002; Pereira & Lopes, 2002).

Especificamente no caso de doença oncológica, a ansiedade pode, estar relacionada com a existência de vários medos inerentes à doença, tais como mutilações, incerteza face ao futuro, separação, perda do papel social e profissional, dor e, eventualmente, a possível morte (Couvreur, 2001). A prevalência de depressão e ansiedade em doentes oncológicos é considerada alta (Massie, 2004). Neste sentido, os dados recolhidos pelo “*National Comorbidity Survey*”, num período de 12 meses, apuraram que 51% dos doentes oncológicos apresentavam depressão, concomitante com diagnóstico de ansiedade. O mesmo estudo verificou ainda que os pacientes com diagnóstico de ansiedade e depressão apresentam um agravamento sintomatológico, pior prognóstico e um processo de recuperação demorado (Massie, 2004).

Contudo, o avanço da investigação em torno do cancro tem verificado um aumento da esperança média de vida do doente, existindo uma maior responsabilidade por parte do

doente, familiares e equipa multidisciplinar, no que concerne ao apoio emocional e prestação de cuidados (Amorim & Pereira, 2009; Simões, Carneiro, Schmilt, Lopes, Moura, Amendoeira, Lopes & Silva, 2011).

3.2. Sofrimento e *Coping*: Perspetiva do Doente Oncológico

O doente oncológico, face à doença, enfrenta desde do momento do diagnóstico e ao longo do curso da patologia um conjunto de tarefas decorrentes do tratamento da doença e da adaptação a esta. De facto, o cancro, enquanto situação de crise, gera *stress*, desorganização e consequentemente sofrimento. É neste quadro que analisamos o processo de confronto (*sofrimento-coping*) com a doença oncológica na perspetiva do doente.

O diagnóstico de cancro encontra-se bastante associado a uma evolução fatal e dolorosa, pelo facto dos tratamentos originarem sofrimento intenso para o doente e para a família. Assim, existem doentes que têm dificuldade na adaptação à doença, evidenciando ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas, como foi referido anteriormente. No entanto, existem alguns doentes que conseguem adaptar-se à doença de forma bem-sucedida (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009; Couvreur, 2001; Teunissen, Gareff, Voest & Haes, 2007).

A literatura mostra também que não existe uma única forma de reação ao diagnóstico da doença oncológica, que possa ser considerada a ‘mais adequada’, visto que cada doente aprende a lidar com a doença de forma muito específica e pessoal (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007). Porém, alguns doentes oncológicos não expressam as suas emoções face à doença, o que pode contribuir consequentemente para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Cardoso, et al., 2009; Rebelo, et al., 2007), podendo afetar os prognóstico da patologia.

Neste sentido, entende-se que existem doentes oncológicos que conseguem lidar de forma bem-sucedida com a doença e outros que não facilitam o sucesso desta. No entanto, em ambos os casos, os doentes recorrem a diferentes estratégias de *coping*, que orientam o curso da patologia. Drageset, Lindstrom e Underlid (2009) apontam que os doentes oncológicos que utilizam estratégias de *coping* centradas no problema conseguem ter uma autoestima elevada, melhor bem-estar, melhor qualidade de vida e consequentemente melhor adaptação à doença oncológica, visto que procuram um apoio psicossocial significativo, que os auxilia deste modo. Por outro lado, os doentes oncológicos que recorrem a estratégias de *coping* orientadas para as emoções, experienciam reações emocionais dolorosas e prolongadas, perdendo o controlo da situação. A incerteza em relação ao futuro, a dor, o sofrimento, a dependência,

que ocorre na maioria das vezes como consequência do tratamento, são aspetos que tornam o sujeito frágil, vulnerável em que apenas o apoio psicossocial como recurso não é eficaz (Couvreur, 2001; Ogden, 2004).

Saniah e Zainal (2010) acrescentam que as dificuldades a nível emocional são comuns, quando os indivíduos são confrontados com uma doença oncológica e a possibilidade de morrer por causa desta. Cada doente tem a sua própria percepção do impacto da doença na sua vida, nos planos que tinha para o futuro e não viabilidade destes. Portanto, estas dificuldades psicossociais condicionam a vida do indivíduo, bem com à sua reação ao diagnóstico da doença (Nerenz, Leventhal & Love, 1982). Neste sentido, um estudo canadiano, revelou sofrimento significativo em 18% a 79% dos doentes com cancro, tendo em conta a fase de desenvolvimento da patologia (Bultz & Holland, 2006).

Através de diferentes investigações verificam-se vários aspetos que regulam a adaptação ao diagnóstico de uma doença oncológica, nomeadamente: (1) *incerteza acerca do futuro*; (2) *busca de um significado*; (3) *perda de controlo*; (4) *necessidade de diálogo*. A (1) *incerteza acerca do futuro*, em que os doentes são confrontados com uma doença instável e com a eminente possibilidade de morrer. Assim, qualquer sintoma pode ser interpretado pelo doente oncológico como um agravamento do seu problema que pode trazer consequências ao nível do *stress* e ansiedade. No que respeita às estratégias de *coping*, alguns doentes aquando de uma remissão conseguem lidar com este receio de reincidência, de reviver todo o sofrimento uma vez mais, utilizando na maioria das vezes estratégias de *coping* centradas no problema. Por sua vez, outros doentes que não conseguem lidar com a possível recaída, vivem em constante sofrimento, utilizando estratégias de *coping* centradas na emoção (Kübler-Ross, 1969; McEwen, 2007).

A (2) *busca de um significado* surge essencialmente aquando do diagnóstico da doença oncológica. O indivíduo procura encontrar uma explicação aceitável, nem que seja na sua perspectiva, o que facilita a aceitação e recuperação da doença. No entanto, na maioria dos cancros não há uma causa ou explicação claramente implícita, provocando um vazio inexplicável no doente (Drageset, Lindstrom & Underlid, 2009; Melo & Moreira, 2008). A (3) *perda de controlo* surge associado à percepção de incontrolabilidade face ao curso da doença. De facto se o doente conseguir realizar algo benéfico para si e para a recuperação da sua doença, sente que tem algum objetivo a cumprir (e.g., dieta alimentar; exercício físico), que é um agente ativo no processo de adaptação e mudança. No caso da doença oncológica tal não acontece de forma tão evidente. No entanto, os doentes com cancro podem aderir a outras estratégias, nomeadamente psicoeducativas, para melhor compreensão da doença e do quanto

é importante o controlo das suas emoções, como a ansiedade e o *stress*, para uma melhor recuperação. Assim, os doentes oncológicos que investem ativamente na sua doença, com o intuito de melhorar, adaptam-se de melhor forma, comparativamente com os outros doentes que tem a perceção de incontroabilidade. Estes últimos têm maior probabilidade de desenvolver uma perturbação depressiva (Kübler-Ross, 1969; Parreira, 2006), interferindo negativamente no prognóstico da doença.

Um aspeto importante para o doente oncológico é a (4) *necessidade de diálogo*, de falar, comunicar com os seus familiares, amigos e colegas de trabalho acerca da sua doença e dos seus tratamentos. No entanto, o medo de provocar sofrimento nos outros faz com que os doentes não abordem tão abertamente o seu problema (Yunes, 2003). Pode assim, ocorrer o chamado ‘secretismo’ que não facilita a adaptação psicológica à doença, uma vez que pode aumentar o isolamento do doente oncológico. Pelo contrário, o diálogo ajuda o doente a receber o apoio emocional necessário, sendo que o mais comum é os doentes escolherem um grupo específico para falar abertamente sobre as suas dificuldades e receios. Ainda assim, existem casos em que estas barreiras não são ultrapassadas e têm como consequência um elevado grau de sofrimento (Bennett, et al., 2012; Twycross, 2003; Yunes, 2003).

São vários os autores que defendem a importância dos fatores sociais e culturais quer nos processos de perceção e avaliação da doença quer no seu controlo ou forma de lidar com a mesma. Mencionam também os fatores sociodemográficos (e.g., nível educacional, número dos membros do agregado familiar) e o acesso a cuidados de saúde. Os fatores situacionais, como o relacionamento interpessoal com os familiares e o grupo de pares, e, por último, os fatores referentes à perceção dos sintomas da doença que interferem consequentemente nos comportamentos a utilizar em determinada situação (Leventhal, et al., 1996; Macedo, et al., 2008). Neste sentido, Sousa, Landeiro e Santos (2011) afirmam que as crenças em torno da incontroabilidade da doença oncológica que gera sofrimento, estão relacionadas com as estratégias de *coping* de evitamento, e *coping* centrado na emoção, enquanto as crenças passíveis de modificação estão relacionadas com as estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas. Compreende-se assim, que as experiências anteriores de sofrimento que o indivíduo possui, influenciam as estratégias de *coping* a utilizar ao longo do processo de tratamento da doença oncológica (Bennett, 2002; Nerenz, et al., 1982).

3.3. Análise de Programas de Intervenção Psicológica em Doentes Oncológicos

Tendo por base a análise realizada anteriormente sobre o sofrimento e o *coping* como forma de lidar com a adaptação a uma doença oncológica, afigura-se-nos primordial

apresentar neste tópico uma análise sistemática da literatura sobre programas de intervenção psicológica com doentes oncológicos. Os critérios de inclusão foram: mulheres com cancro de mama e estudos que investiguem a eficácia de programas de intervenção psicológica em grupo. Os critérios de exclusão foram: intervenções psicológicas individuais, estudos exploratórios, programas com apenas uma sessão de intervenção em grupo e estudos de caso. Optou-se por analisar artigos essencialmente da última década, desde 2001 até 2013, com intervalo de 1, 2 ou 3 anos entre cada investigação com o objetivo de apresentar um panorama global. A pesquisa foi realizada através das seguintes bases de dados: *science direct*, *willey interscience*, *psycArticles*, *psychology and behavioral sciences collection*, *medline*, *scielo* e *google académico*. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: *intervenção psicológica em grupo*; *cancro da mama*; *psicossomático*; *doença oncológica*; *doentes oncológicos*; em língua inglesa: *breast cancer*; *group intervention*; *psychosocial*; *group therapy*.

Afigura-se importante realçar que neste âmbito em Portugal apenas foram identificados 3 investigações, nomeadamente um estudo exploratório que avalia a eficácia da intervenção psicológica psicoeducativa (Araújo, 2011) e dois estudos exploratórios que têm como objetivo avaliar a eficácia da intervenção psicológica cognitiva-comportamental (McIntyre, Fernandes & Pereira, 2002; Torres, Pereira & Monteiro, 2012). No entanto, apenas o estudo de McIntyre et al. (2002) com o objetivo de avaliar a eficácia da intervenção psicológica cognitiva-comportamental em doentes com cancro de mama, encontrou resultados que corroboraram os objetivos propostos, isto é, foram encontradas diferenças significativas nas seguintes dimensões: estratégias de *coping* de aceitação, depressão, ansiedade e importância dada aos cuidados de saúde.

Tendo em conta os critérios supracitados, foram identificados e analisados sete estudos: Andersen et al. (2004); Antoni et al. (2006); Dolbeault et al. (2009); Goodwin et al. (2001); Groarke, Curtis e Kerin (2013); Henderson, Clemow, Massion, Hurley, Druker e Hébert (2012) e Loh e Quek (2011).

Relativamente aos participantes em todos estes estudos, o número total foi de 1556 mulheres (Min= 147; Max= 382 por investigação), destes 777 fazem parte do grupo de controlo (Min= 77; Max= 191) e 779 constituem o grupo experimental (Min= 53; Max=191). No que concerne à média de idade é 51 anos quer grupo de controlo (Min= 47; Max=59) quer no grupo experimental (Min= 44; Max= 58). A população alvo das investigações são mulheres com cancro de mama, nomeadamente em 3 estudos mulheres recém-diagnosticadas (Groarke, Curtis & Kerin, 2013; Henderson, Clemow, Massion, Hurley, Druker & Hébert, 2012; Loh & Quek, 2011), 2 estudos mulheres com cancro de mama não metastizado (Antoni

et al., 2006; Dolbeault et al., 2009), 1 estudo com mulheres com cancro de mama metastizado (Goodwin et al., 2001) e 1 estudo com mulheres após tratamento cirúrgico (Andersen et al., 2004).

Os profissionais responsáveis pela implementação dos programas de intervenção em análise foram: 2 estudos liderados apenas por psicólogos (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2006); 1 estudos exclusivamente por terapeutas (Loh & Quek, 2011), 3 estudos liderados por diferentes profissionais nomeadamente: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas e clínicos de saúde mental (Dolbeault et al., 2009; Goodwin et al., 2001; Henderson, et al., 2012) e 1 estudo não referem qualquer informação sobre o tipo de profissional que implementa o programa (Groarke, et al., 2013).

No que diz respeito aos objetivos dos programas de intervenção em análise, verifica-se que de uma forma geral são transversais a todas as investigações, assinaladamente a promoção e melhoria da qualidade de vida; melhoria do humor; diminuição da ansiedade e depressão; fomentar o apoio social e a expressão entre os pares; melhoria e manutenção da autoestima e imagem corporal; potenciar competências de relaxamento e gestão do *stress*; uso de estratégias de *coping* eficazes e gestão de conflitos; promoção e orientação para hábitos de vida saudáveis e promoção de competências de comunicação eficientes. Para atingirem estes objetivos, os autores dos programas de intervenção recorreram predominantemente a técnicas psicoeducativas e técnicas cognitivos-comportamentais, tendo como base a partilha e o apoio entre os participantes. Nem todos estudos apresentam explicitamente uma abordagem teórica patente, porém, o estudo de Loh e Quek (2011) baseia-se na teoria da autoeficácia de Bandura e o estudo de Andersen et al. (2004) baseia-se no modelo biocomportamental do *stress* da vivência de cancro e do desenvolvimento da doença de Anderson, Kiecolt-Glaser e Glaser. Os restantes programas de intervenção apresentam questões como o processamento do *stress* e *coping*, a implicação dos fatores psicológicos na qualidade de vida das utentes e na sua sobrevivência.

Relativamente ao método de comparação utilizado nos programas apresentados, os grupos de controlos em 5 estudos não receberam qualquer tipo de intervenção psicológica, usufruíram apenas do tratamento usual. No programa de Antoni et al. (2006), o grupo de controlo participou numa formação informativa acerca do cancro com uma duração de 5h/6h, continuando o tratamento habitual. Por sua vez, o programa de intervenção de Henderson et al. (2012), utilizou dois grupos de controlo: um dos grupos de controlo recebeu apenas orientação para hábitos de alimentação saudável e o outro grupo de controlo recebeu

telefonemas mensais de apoio sem outra intervenção formal a não o tratamento usual para o cancro.

No que concerne ao número de sessões por programa de intervenção psicológico, verifica-se que a maior parte apresentam um número igual ou inferior 4 meses de intervenção, com frequência semanal (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2006; Dolbeault et al., 2009; Groarke, et al., 2013; Henderson, et al., 2012 e Loh & Quek, 2011). O programa de Goodwin et al. (2001) é o único programa de intervenção com a duração de 12 semanas também com frequência semanal. Este incluía ainda, uma sessão mensal para os familiares e amigos das utentes em estudo. No que respeita aos momentos de avaliação todos os programas apresentam pelo menos 2 momentos de avaliação, designadamente: 1 estudo com 2 momentos de avaliação, no início e fim da intervenção (Andersen et al., 2004); 3 estudos com 3 momentos de avaliação em que 2 destes realizaram avaliação inicial, final e 1 follow-up (Dolbeault et al., 2009; Loh & Quek, 2011) e 1 estudo realizou avaliação inicial, no meio da intervenção e no final (Antoni et al. 2006); por fim, 3 estudos efetuaram 4 avaliações, do quais 1 efetuou avaliação no início, durante a intervenção 2 momentos e no final da intervenção (Goodwin et al., 2001); os restantes 2 estudos realizaram avaliação no início, no final da intervenção e em 2 momentos de follow-up, desde 2 meses até 2 anos após o término da intervenção (Groarke, et al., 2013; Henderson, et al., 2012). Em relação às dimensões avaliadas, verifica-se que de modo geral, os 7 programas de intervenção avaliam essencialmente dimensões de cariz emocional e associadas à vivência da doença oncológica, tais como: o humor, depressão, *stress*, ansiedade, regulação emocional, estratégias de *coping* e pensamentos intrusivos e de evitamento. Foram avaliadas ainda dimensões relacionadas com a satisfação da imagem corporal, da qualidade de vida, da autoeficácia e do aumento da sobrevivência.

Os resultados encontrados pelos autores dos diferentes programas de intervenção em análise, vão de encontro com os objetivos propostos pelos mesmos, ou seja, são globalmente positivos, na medida em que foram identificados benefícios na maior parte das dimensões avaliadas. Verificam-se assim, benefícios da intervenção psicológica junto de mulheres com cancro de mama, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias de *coping* (Henderson, et al., 2012; Loh & Quek, 2011); na promoção de qualidade de vida das participantes (Andersen et al., 2004); na melhoria do apoio social percebido pelas utentes; melhoria dos indicadores biológicos relacionados com o sistema imunitário (Andersen et al., 2004); na redução dos níveis de depressão e ansiedade (Andersen et al., 2004; Dolbeault et al., 2009), bem como efeitos positivos na diminuição da dor e sofrimento associado à vivência da doença

oncológica (Dolbeault et al., 2009). No que respeita à associação entre a intervenção psicológica e o prolongamento da sobrevivência, o estudo de Goodwin et al. (2001) foi o único que avaliou esta dimensão, no entanto, os resultados foram negativos, na medida em que não indicam que a intervenção psicológica permita o prolongamento da sobrevivência das mulheres com cancro de mama, porém, apresenta melhoria do humor e da dor percebida pelas utentes.

Na presente análise sistemática, estes resultados são considerados significativos, dado que, o que se pretende é constatar que a intervenção psicológica poderá não prolongar o tempo de vida das utentes, mas permite a promoção de qualidade de vida com a diminuição do sofrimento ao longo da vivência da doença oncológica. Verifica-se também, que a intervenção psicológica em grupo melhora os valores do sistema imunitário, ou seja, regulação dos valores de citocina e dos linfócitos T que foram superiores no grupo experimental, tal como os níveis de cortisol foram inferiores no grupo de experimental, comparativamente com o grupo de controlo. Estes resultados indicam uma convergência da intervenção de cariz psicológica com efeito a nível fisiológico das mulheres com cancro de mama, o que vai de encontro com a meta análise realizada anteriormente (Andersen et al., 2004). No entanto e apesar dos resultados encontrados, não é possível identificar claramente como é que a intervenção funciona ou como se torna eficiente, na medida em que não são identificáveis os mecanismos ou processos que levam a estes resultados.

Todos os programas em análise sofrem influência da diversidade das características dos participantes, tal como vimos a média de idades é comum, no entanto, as condições referentes à doença são diferentes, tal como as experiências de vida não são avaliadas nem o contexto em que se inserem, apenas um programa inclui a intervenção juntos dos familiares e amigos (Goodwin et al., 2001). A duração, a frequência das sessões, os momentos de avaliação e os profissionais que implementam os programas dificultam a investigação, na medida em que estas variáveis não pode ser controladas estatisticamente, portanto, em programas de intervenção psicológica futuros, estas variáveis mediadoras e moderadoras deverão possivelmente ser consideradas para que seja possível compreender o processo que ocorre entre os objetivos propostos e os resultados encontrados. Identifica-se ainda que a maioria dos estudos utilizou amostras estatisticamente pouco significativas, bem como escassa fundamentação teórica tal como foi referido anteriormente. Contudo, verifica-se uma convergência global dos resultados dos 7 programas de intervenção psicológica; tal como vimos, existem vários itens que estão presentes em quase todos os programas.

Por fim, a presente revisão sistemática apresenta limitações, desde logo pelo número de programas de intervenção em análise, havendo claramente a possibilidade de existirem outros programas de intervenção que não foram incluídos. Porém, tentou-se criar um panorama geral desde o ano de 2001 até ao presente. Conclui-se ainda que a investigação neste âmbito em contexto português é bastante reduzida, na medida em que a esta revisão sistemática poderá potenciar a aposta nesse sentido. Considera-se que a implementação de programas de intervenção psicológica junto de doentes oncológicos é realizada em Portugal, todavia não são formalizados para que possam ser utilizados em futuras revisões sistemáticas.

Conclusão

Conclui-se que para além dos avanços terapêuticos e das alterações demográficas, o sofrimento tornou-se num problema de dimensão pública, em que o debate sobre o seu reconhecimento e alívio se tornou aceitável e pertinente, pois para que seja realmente aliviado ou proporcionando-se qualidade de vida aos doentes, o sofrimento tem de ser reconhecido e compreendido, utilizando-se estratégias de *coping* formatadas individualmente de forma direta ou indireta. O reconhecimento e compreensão aqui abordados poderão ter diferentes perspetivas. Tal como vimos, existe uma tendência em considerar o sofrimento apenas como uma dimensão psicológica, abstrata e facilmente descartável no plano de tratamento. No entanto, na presente dissertação esta questão foi debatida de modo a apresentar uma perspetiva em que sofrimento não é apenas associado a algo psíquico e a dor a algo apenas físico. Verificamos que poderá ser uma questão de semântica, de linguagem, no entanto, a noção que deve prevalecer, é a de que o ser humano é um todo, holístico, que afeta e é afetado.

É principalmente, a partir da última década do século passado que o alívio do sofrimento começa a ser compreendido como uma componente importante dos cuidados de saúde, porém e tal como afirma Cassell não nos é possível viver certamente a angústia do outro, todavia devemos e podemos aprender a “reconhecer os objetivos, os valores e as respostas estéticas que formam o sentido do ‘eu’, cuja integridade é ameaçada pelo sofrimento e pela doença” (1991, p. 24). Apesar do reconhecimento pelas entidades profissionais de saúde, não significa que efetivamente esteja a ser realizado no terreno, dado que em Portugal são escassas, as intervenções psicológicas pautadas formalmente junto de doentes oncológicos. É neste sentido que esta investigação trabalhou: de modo a estimular a intervenção psicológica neste âmbito, através da meta-análise dos conceitos fundamentais associados a intervenções de outros contextos, defendo que uma doença dita puramente ‘física’, como o cancro, poderá existir uma clara influência ‘psicológica’. É por este motivo que concluímos, uma vez mais, que não existe um físico independente do psíquico (perspetiva monista). Verificou-se também, que a doença afeta o doente de várias formas, provocando alterações no quotidiano e exigindo-lhes esforços cognitivos e comportamentais de adaptação à doença e aos tratamentos prolongados. Compreendeu-se que o doente em situação de sofrimento recorre a diferentes estratégias de *coping* que são influenciadas por diversos fatores como a personalidade, fatores sociodemográficos e a disponibilidade de recursos do meio, por um lado, e as exigências situacionais, por outro, como a fase de desenvolvimento da patologia. Foi ainda possível constatar, que entre os indivíduos e as situações stressantes e de

sofrimento, como a doença oncológica, são exigidas constantes interações e ajustamentos. Assim, os doentes são agentes ativos capazes de influenciar o impacto da doença nas suas vidas através do recurso a determinadas estratégias, como salientamos nas diferentes intervenções analisadas. Desta elação pode concluir-se que quanto mais adequadas forem as estratégias utilizadas junto dos doentes oncológicos, mais eficiente será a sua adaptação à doença.

Esta dissertação, contudo, permitiu refletir de que forma o sofrimento provocado por uma doença oncológica está associado ao uso de diferentes estratégias de *coping*, potenciadas através de programas de intervenção psicológica junto destes doentes; compreendo assim, que a divisão entre o físico e o mental não é considerada pelos autores. No entanto, considera-se pertinente em futuras investigações, perceber quais os fatores que estão associados à utilização de uma determinada estratégia de *coping* em detrimento de outra. Torna-se importante, também perceber se existem diferenças significativas na forma de lidar com a doença oncológica em função dos tipos de cancro, dado que os programas de intervenção analisados foram de mulheres com cancro de mama.

Conclui-se, assim, que os objetivos foram cumpridos: defendendo um panorama global em que a sobrevivência humana está ligada ao poder reparador dos afetos, nomeadamente do amor (enquanto sentimento), no qual os nossos relacionamentos se baseiam. Neste sentido, os doentes oncológicos procuram antes de tudo ser escutados e compreendidos — ainda que possuam em si mesmo os elementos da resposta que anseiam, apenas carecem de orientações para as descortinarem.

Referências Bibliográficas

- Amorim, L., & Pereira, M. G. (2009). Optimismo, suporte social e morbidade psicológica em filhos adultos de doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10* (1), 83-98.
- Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T., Shapiro, C., & Carson, W. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: A clinical trial. *Journal of Clinical Oncology, 17* (22), 3570-3580.
- Antoni, M., Wimberly, S., Lechner, S., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K., Phillips, K., Smith, R., Petronis, V., Guellati, S., Wells, K. Blomberg, B., & Carver, C. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *The American Journal of Psychiatry, 163*, 1791-1797.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, 3* (2), 273-294.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international 11*(1), 11-18.
- Araújo F. (2011). Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology, 24* (2), 247-253.
- Baptista, T. M. (1988). Aspectos cognitivos do «stress» associado a alterações do estado de saúde. *Psiquiatria Clínica, 4* (9), 281-286.
- Béfécadu, E. (1993). La souffrance: Clarification conceptuelle. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières, 25* (1), 7-21.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P., Phelps, C., Hilgart, J., Hood, K., Brain, K., & Murray, A. (2012). Concerns and coping during cancer genetic risk assessment. *Psycho-Oncology, 21* (6), 611-617.
- Bolander, V., & Leal, M. (1998). *Enfermagem fundamental - Abordagem psicofisiológica*. Lisboa Lusodidacta.
- Bower, M., & Waxman, J. (2006). *Compêndio de oncologia*. Instituto Piaget: Coleção Medicina e Saúde.

- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Community Oncology*, 3 (5), 311-314.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspetos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 6 (2), 8-18
- Carvalho, J. A., & Branco, A. (1989). Fenomenologia da dor moral. *Análise Psicológica*, 7 (4), 527-531.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195.
- Casera, D. (2001). Sofrimento. In S. Leone, (Ed.) *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Editorial Perpétuo Socorro.
- Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Center Report*, 3 (21), 24-31.
- Cherny, N., Coyle, N., & Foley, K. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: A definition and taxonomy. *Journal of Palliative Care*, 2 (10), 57-70.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Cruzado, J. et al. (1990) El dolor. In F. Fludentebro., C. Vásquez (Ed.) *Psicología Médica, Psicopatología e Psiquiatria*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Damásio, A. (2010). *O erro de descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Temas e Debates.
- De Reidder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12 (3), 417-431.
- Dias, M. R. (2002). Cancro da mama: A (contra) informação dos mass media? In M. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235-237). Lisboa: Climepsi.
- Dias, M. R. (2005). *A esmeralda perdida: A informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi.
- Dinis, A. (2008). A Relação terapêutica. *Pessoas & Sintomas*, 5, 3.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., Hardy, P., & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: Results of a randomized french study. *Psycho-Oncology*, 18, 647-656.

- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Drageset, S., Lindstrom, T. C., & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), 149-158.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 3 (99), 550-553.
- Ekman, P. (2004). *Emotions Revealed Understanding Faces And Feelings*. Orion Publishing.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychological*, 55 (6), 647-654.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychological*, 55 (6), 647-654.
- Frankl, V. (1987). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. Porto Alegre: Sulina
- Freitas-Magalhaes, A. (2007). *A Psicologia das Emoções - O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora
- Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H., Navarro, M., Speca, M., & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 24 (345), 1719-1726.
- Gramling, L. F., Lambert, Y. A., & Pursley-Crotteau, S. (1998). Coping in women: theoretical introduction. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 1082-1091.
- Grassi-Oliveira, R., Filho, L. D., & Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *Psico*, 39 (3), 275-281.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi.
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2013). Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3 (18), 623-641.
- Henderson, V., Clemow, L., Massion, A., Hurley, T., Druker, S., & Hébert, J. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131 (1), 99-109.

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 739-747.
- Kenny, A. (2011) *Nova História da Filosofia Ocidental: Filosofia no Mundo Moderno - Volume IV*. Gradiva.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On death & dying*. New York: Collier Books.
- Leventhal, H., Maes, S., & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (2000). Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*, 41 (3), 235-244.
- Loh, S., & Quek, K. (2011) Cancer-behavior-coping in women with breast cancer: Effect of a cancer self-management program. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 2 (1), 84-88.
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F. L., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N., & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal: Racional, objetivos e metodologia – Estudo perfil. *Acta Medica Portuguesa*, 21 (4), 329-334.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Maturana, H. (2002). *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. J. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54 (2), 385-405.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87 (3), 873-904.
- McIntyre T, Fernandes S, Pereira M. (2002) Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. Dias, E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 281-302) Lisboa: Climepsi.
- McIntyre, T. M. (1995). Aspectos positivos do sofrimento. In T. M. McIntyre, & C. Vila-Chã, C. *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares* (pp. 125-131). Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos Clínicos.
- Meleis, A. F. (1991). *Theoretical nursing: Development & Progress*. Lippincott Company.
- Melo, A., & Moreira, P. (2008). Auto-conceito: implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. *Nursing*, 230, 7-12.

- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *American Cancer Society*, 50 (5), 1020-1027.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, C. C. (2010). Suffering, Education and Health. In A. Dinis, J. C. Major, S. Steffensen, S. Cowley (Eds.). *Signified Bodies: Explorations in Biosemiosis and Health*. Braga: Catholic University of Portugal - Faculty of Philosophy of Braga University of Southern Denmark; University of Hertfordshire.
- Oliveira, C.C. (2012). *Aprendizagem e Sofrimento: Narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de vida: um guia para a acção*. Monitor.
- Peixoto, M. J.; Borges, E. (2011). O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 36-39.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. Edições Loyola.
- Pio Abreu, J. L. (1994). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rawlinson, M. C. (1986). The sence of suffering. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 11, 39-62.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Renaud, M. (1994). A intimidade e alteridade da pessoa. In *Cadernos de Bioética* (7), 9-36. Coimbra: CEB.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping* a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Rodgers, B. L., & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (5), 1048-1053.
- Rodrigues, C. (1989). Neuropsicologia das Emoções. In C. Rodrigues et al. (Ed.), *Afectividade*. Porto: Contraponto Edições.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 114 (11), 2584-2592.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118 (3), 328-357.

- Sabbatini, R. (1998) René Descartes: Uma Breve Biografia. *Revista Cérebro & Mente*. Universidade Estadual de Campinas. Acedido em 22.03.2015 <http://www.cerebromente.org.br/n06/historia/descartes.htm>
- Saniah, A. R., & Zainal, N. Z. (2010). Anxiety, depression and *coping* strategies in breast cancer patients on chemotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19, (2).
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Searle J. (1984). *Mente, cérebro e ciência*. Lisboa.
- Sebastião, L. (1995). A Pedagogia da Dor e do Sofrimento. In *Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor* (Vol. 9, pp. 41-46). Coimbra: CEB.
- Serrão, D. (1995). A eutanásia e o direito de não sofrer. In *Cadernos de bioética: sofrimento e dor*. (29-34) Coimbra, Edição CEB.
- Simões, M. S., Carneiro, F., Schmilt, F., Lopes, J. M., Moura, C. S., Amendoeira, I., Lopes, J., & Silva, P. (2011). *Guias de Saúde Cancro*. Vila do Conde: Quidnovi.
- Stedeford, A. (1986). *Encarando a Morte: Uma Abordagem ao Relacionamento com Paciente Terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teixeira, J. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA
- Teunissen, S. C. C. M., Gareff, A., Voest, E. E., & Haes, J. C. J. M. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21 (4), 341-346.
- Tomaz, C., & Giugliano, L. (1997) A razão das emoções: um ensaio sobre “O erro de Descartes.” *Estudos de Psicologia*, 2 (2), 407-411.
- Torres A, Pereira S, Monteiro S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psychology, Community & Health*, 1 (3), 300-312.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Varela, F. (2001). *A Mente Corpórea*. Lisboa: Instituto Piaget
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. Cambridge: MIT Press.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (25), 479-488.
- Vilela, I. J. (2008). Relação terapêutica. Um novo modelo? *Pessoas & Sintomas*, 5,12-14.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (número especial), 75-84.