

PACIENTES EM RADIOTERAPIA: UM ESTUDO DE *COPING*

Wanderley de Paula Júnior ¹, & Daniela Sacramento Zanini ²

1- Departamento de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás – Unidade Universitária – Eseffego; 2- Departamento de Psicologia e Programa de pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil

RESUMO- Esta pesquisa visa identificar as estratégias de *coping* , nível de estresse, bem-estar subjetivo e processos de resiliência em pacientes com câncer em radioterapia. A amostra foi constituída de 60 pacientes com idades entre 26 a 82 anos ($M=52,52$, $DP=13,25$), sendo 66,70% do sexo feminino e 33,3% do masculino. Foram aplicados as escalas de Bem-Estar Subjetivo, o Inventário de Resiliência, o Inventário de Sintomas de Estresse e *Coping Response Inventory – Adult Form (CRI-A)*. Os resultados demonstraram índices elevados de estresse psicológico, pontuação elevada em resiliência do tipo inovação e tenacidade, bem-estar subjetivo do tipo afeto positivo e enfrentamento focado no problema. Entre os seis fatores de resiliência dois deles, inovação e tenacidade e satisfação no trabalho estão relacionados com afetos positivos e o uso de estratégias de resolução de problemas. Os dados discutidos foram baseados nos estudos em psico-oncologia.

Palavras Chave-: Câncer, radioterapia, estratégias de enfrentamento, resiliência, bem-estar subjetivo.

PATIENTS IN RADIOTHERAPY: A STUDY OF *COPING*

ABSTRACT- This research aims to identify coping strategies, level of stress, subjective well-being and resilience process in patients with cancer going through radiotherapy treatment. The participants were 60 patients, aged between 26 and 82 years old ($M=52,52$, $DP=13,25$), 66.70% of them were women and 33,3% were men. It was used the scales of Subjective Well-Being, the Resilience Inventory, The Stress Symptoms Inventory and the *Coping Response Inventory – Adult Form (CRI-A)*. The results described high indices of psychological stress, high punctuation on innovation and tenacity resilience type, positive affect type of subject well-being and problem focused coping. Among the six factors of resilience, innovation and tenacity and satisfaction at work are related to positive affect and the use of problem solve coping. The discussed data were based on psycho-oncology studies.

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

Recebido em 29 de Novembro de 2010/ Aceite em 10 de Novembro de 2012

O câncer representa 12% de todas as causas de morte no mundo, ou seja, 6 milhões de óbitos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2007). Tem origem nos genes de uma célula e por processos de mutação se multiplica e forma uma massa tumoral maligna local e a distância (Yamaguchi, 1994). Atualmente discute-se a multiplicidade de fatores envolvidos na etiologia dessa doença. Dentre esses fatores destacam-se alguns de base comportamental, como uso de álcool e cigarro, outros de base emocional, como a influência de estados depressivos sob o sistema imunológico e por fim, os aspectos biológicos

tradicionalmente estudados, como a hereditariedade ou maior vulnerabilidade de alguns órgãos em função da vivência de determinados fatores de risco.

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

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

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

Os efeitos colaterais da radioterapia iniciam na segunda ou terceira semana após o início do tratamento e variam de acordo com a sensibilidade e região do corpo. Quando a radioterapia é, por exemplo, na região do cérebro o paciente pode sentir náuseas, vômitos, tonturas, dores de cabeça e sofrer de alopecia; na região da boca e garganta, dor ao alimentar, dificuldade para engolir, boca seca, perda temporária do paladar, inapetência, rouquidão; no tórax, tosse seca, náuseas, sensação de fraqueza; no abdômen e pelve, náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, cólicas e ardor ao urinar (Garcia & Kosminsky, 1999; Paula Junior, 1998). Os efeitos colaterais da radioterapia podem interferir no equilíbrio emocional do paciente e na credibilidade que o mesmo tem no tratamento.

Quanto à credibilidade do uso da irradiação como intervenção terapêutica, percebe-se que historicamente a mesma pode ser percebida com descrédito (Garcia & Kosminsky, 1999; Paula Junior, 1998) sendo muitas vezes associada aos acidentes radioativos tais como os de Chernobyl e do césio-137 em Goiânia, sendo, portanto, vistas como sinônimo de destruição e catástrofe. Somados a esta representação os efeitos colaterais não é raro encontrar pacientes que questionam o efeito curativo da radioterapia. Neste sentido, Garcia e Kosminsky (1999) apontam que podem aparecer emoções negativas em relação à radioterapia, tais como: medo do aparelho de radioterapia, insegurança, ansiedade, depressão reativa, sentimentos de impotência, culpa, raiva por estar doente, tristeza, entre outros. A intensidade e duração destas emoções, segundo estes autores, podem estar relacionadas às variáveis tais como: evolução da doença, conhecimento dos efeitos colaterais do tratamento, idade da pessoa ao receber o diagnóstico, traços de personalidade, situação profissional e socioeconômica, posição familiar, religião, experiências passadas e preconceitos culturais em relação ao câncer.

Estudos demonstram que, mesmo com os efeitos colaterais do tratamento, da dor e os efeitos negativos do estresse relatados pelos pacientes em radioterapia, alguns apresentam bom nível de bem-estar e qualidade de vida (Arraras et al., 2008). Esse dado nos reporta a

ideia de superação destes pacientes frente à adversidade do câncer e tratamento, e portanto nos remete ao tema da resiliência.

Atualmente, existem vários conceitos sobre resiliência, no entanto, todos eles têm em comum dois elementos: a) a experiência frente à adversidade e ao estresse e b) uma evolução e adaptação positiva ao processo de desenvolvimento posterior ao enfrentamento do evento estressor (Serra, 2008).

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

É inevitável que no decurso da vida de uma pessoa esta se confronte com eventos estressores. Entretanto, as fontes de proteção e a forma como o indivíduo irá enfrentar esta situação adversa poderá desencadear desenvolvimento pessoal e superação ou adoecimento. Neste sentido, o *coping*, definido por Lazarus e Folkman (1984) como: “um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com as demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (p. 141) pode possibilitar ao indivíduo um enfrentamento eficaz dos problemas vivenciados em sua vida e assim diminuir o impacto destes em sua saúde e bem-estar (Zanini, 2003).

O *coping* pode ser focado no problema – também chamado de aproximação - ou focado nas emoções – também chamado de evitação (Moos, 1993; Zanini, 2003). Quando o foco é no problema, busca-se a agir sobre o evento estressante com o fim de solucioná-lo. Por outro lado, quando o foco é nas emoções visa-se o controle das mesmas com o objetivo de retomada do equilíbrio emocional perdido em função da vivência do problema (Lazarus & Folkman, 1984). Estudos tem demonstrado que o uso de estratégias focadas na emoção está associado com maiores índices de mal estar psicológico e psicopatologias enquanto que o uso de estratégias focadas no problema está associado a melhores índices de bem-estar e saúde psicológica (Lazarus & Folkman, 1984; Zanini, 2003). Neste sentido, a vivência de mal estar psicológico se daria não como consequência do problema em si, mas guardaria uma relação significativa com a estratégia de *coping* utilizada.

O fato de estar com câncer, por exemplo, não implica necessariamente na experiência do sentimento de infelicidade constante. A pessoa pode sofrer oscilações quanto ao bem-estar em diferentes momentos da doença. A fase do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação são estágios distintos e entre eles o sujeito pode viver períodos de tensão, estresse e também felicidade, alegria, vitória, entre outros. A estes estados de alegria e/ou felicidade alguns autores denominaram de bem-estar subjetivo (Albuquerque & Troccoli, 2004). Assim, bem-estar subjetivo pode ser considerado o estudo empírico da felicidade, ou do balanço entre as emoções positivas e negativas vividas por parte do indivíduo.

Algumas variáveis parecem influenciar na felicidade ou no bem-estar dos indivíduos. Dentre elas os estudos apontam aquelas relacionadas ao indivíduo (tais como o temperamento, a personalidade, a genética e etc.), aquelas relacionadas ao contexto sócio cultural, e aquelas provenientes da interação entre o contexto sócio cultural e o indivíduo (tais como a idade, a renda e etc.) (Diener & Chan, 2011). Assim, indivíduos saudáveis, com bom nível de renda, casados, com expectativas de vida medianas e otimistas tendem a apresentar maior nível de bem-estar subjetivo (Davidson, Mostofsky & Whang, 2010; Rodrigues & Silva, 2010). Contudo, embora a saúde esteja relacionada com bem-estar subjetivo, essa relação parece não ser causal já que alguns estudos demonstram que, mesmo em situações adversas, como por exemplo, na vivência de patologias crônicas ou graves como o câncer, os indivíduos podem apresentar bons índices de bem-estar subjetivo (Bullock, Green & Ha, 2010; Davidson, Mostofsky & Whang, 2010; Diener & Chan, 2011).

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

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 60 pessoas, sendo 40 (66,70%) do sexo feminino e 20 (33,3%) do sexo masculino, com diagnóstico de câncer e em tratamento radioterápico em um hospital filantropico especializado no tratamento de câncer. As idades variaram entre 26 a 82 anos de idade ($M = 52,52$ $DP = 13,25$). Nesta pesquisa os participantes foram selecionados quando a idade considerando a fase adulta e terceira idade. Apesar da grande variedade, nesta pesquisa, não houve a pretensão de delimitar os participantes quanto à faixa etária para que no período de coleta de dados pudéssemos buscar o maior número de pacientes possível e obter dados para esta pesquisa por ser um estudo descritivo. Quanto ao número de aplicações de radioterapia, os participantes estavam entre a quarta e a trigésima quinta aplicação.

Material

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

O CRI – A de Moos (1993) mede oito tipos de estratégias de *coping* e se divide em três partes: 1ª) o participante da pesquisa descreve uma situação estressante que vivenciou nos últimos 12 meses; 2ª) o sujeito avalia 10 perguntas sobre os seguintes temas: experiência prévia, prejuízos, responsabilidade do evento estressante; 3ª) e por fim, responde a 48 perguntas sobre comportamentos que utiliza ao enfrentar um problema. Estas perguntas são

respondidas de acordo com quatro alternativas de tipo Likert e as respostas se agrupam posteriormente, por meio da adição direta dos itens nas oito escalas de estratégias de *coping*: análise lógica (tentam do ponto de vista cognitivo compreender e preparar mentalmente para enfrentar o evento estressor e suas consequências); reavaliação positiva (busca construir e reconstruir o problema de forma positiva ainda que a pessoa aceite a realidade da situação); busca de apoio (é comportamental e tenta buscar informação, orientação e suporte) e resolução de problemas (são ações que visam negociar direto com o problema a fim de resolver a situação que provocou o estresse); evitação cognitiva (a pessoa tenta evitar pensar no problema real); aceitação/resignação (é uma reação de aceitar e até mesmo de forma submissa o problema); busca de gratificação alternativa (são comportamentos que buscam envolver em atividades ou criarem fontes de satisfação e, com isto, minimizar o problema) e descarga emocional (são respostas comportamentais que visam reduzir a tensão expressando sentimentos negativos frente ao problema enfrentado). As quatro primeiras escalas são consideradas formas de enfrentamentos diretos (*coping* de aproximação) e as quatro últimas são consideradas formas indiretas (*coping* de evitação) (Moos, 1993). O instrumento apresenta boa qualidade psicométrica em sua versão original com alphas entre 0,58 e 0,72. Na versão brasileira, estudos apontaram uma consistência interna entre 0,80 e 0,77 para as escalas de aproximação e evitação, respectivamente.

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

O fator inovação e tenacidade referem-se a pessoas com atitudes inovadoras, curiosas, persistentes, que enfrentam os desafios, de certa forma, aventureiras, porém cautelosas. São afirmações do tipo: “prefiro atividades que me tragam experiências novas mesmo que tenha que me esforçar mais” ou “sou uma pessoa curiosa”. O fator hiperemotividade refere-se à expressão das emoções, como por exemplo: “Me emociono com facilidade”. O fator assertividade faz referência a resolver o problema de forma direta, com expressão dos sentimentos de forma clara e objetiva, como na afirmação: “Não engulo sapos. Aos diretamente envolvidos, digo exatamente o que penso das pessoas e situações”. O fator empatia aponta para a compreensão dos sentimentos dos outros, como na afirmação: “Posso colocar-me com facilidade no lugar de outras pessoas e experimentar como se sentem”. No fator satisfação no trabalho aborda o prazer e envolvimento da pessoa junto ao seu trabalho. Por exemplo: “Me preocupo e me identifico verdadeiramente com meu trabalho”. Por fim, o fator competência emocional trata da expressão verbal dos próprios sentimentos, como na afirmação: “Posso expressar verbalmente meus sentimentos sem dificuldades”. Este instrumento apresentou qualidade psicométrica satisfatória com alfas de Cronbach para as escalas de 0,78 para inovação e tenacidade, 0,78 para hiperemotividade, 0,67 para assertividade, 0,64 para empatia, 0,65 satisfação no trabalho, 0,66 competência emocional (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2008; Mota, Benevides-Pereira, Gomes, & Araújo, 2006).

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

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

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

Procedimento

Após ter sido avaliado e aprovado o projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa, protocolo N^o 039/07, os participantes da pesquisa foram abordados pelo pesquisador responsável ou auxiliar de pesquisa, orientados sobre os objetivos e convidados a participar da mesma. Após aceitação, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicados os instrumentos na seguinte ordem: *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A); Inventário de Resiliência (IR); Escala Bem-Estar Subjetivo (EBES); Inventário de Sintomas de Estresse (ISE). Posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada. Os instrumentos foram respondidos individualmente em ambiente fechado com boa iluminação e ventilação resguardando-se sempre as mesmas condições de espaço físico e procedimentos para todos os participantes. As aplicações dos instrumentos e das entrevistas semiestruturadas eram realizadas sempre antes da sessão de radioterapia, sob as

mesmas instruções de esclarecimento. Os participantes demoraram em média 40 minutos para responder os questionários.

RESULTADOS

A análise desta pesquisa foi realizada através do pacote estatístico para *Windows SPSS* versão 14.0. Os quadros 1 e 2 abaixo ilustram as características dos participantes pesquisados indicando os dados sócio-demográficos e o conhecimento dos mesmos quanto ao diagnóstico da doença.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa (N=60):

Escolaridade					
Analfabeto	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo
11,7%	51,7%	5%	6,7%	13,3%	11,7%
Estado Civil					
Casado	Viúvo	Amasiado	Separado	Solteiro	
60%	11,7%	6,7%	16,7%	5%	
Filhos					
Tem filhos 96,6% Não tem filhos 3,3%					
Moradia					
Moram com a família		Moram sozinhos			
88,3%		11,7%			
Religião					
Católicos	Evangélicos	Espíritas	Congregação Cristã do Brasil	Testemunha de Jeová	
58,3%	33,3%	3,3%	1,7%	1,7%	
Quanto ao Trabalho					
Trabalho Remunerado	Não trabalham	Aposentados	Licença médica		
33,3%	31,7%	18,3%	16,7%		

Quadro 2: Características dos sujeitos quanto ao diagnóstico (N=60):

Conhecimento do Diagnóstico						
Relatam ter câncer	Outros diagnósticos (HPV/infecção, ferida)					
95%	5%					
Diagnóstico no Prontuário						
Câncer de mama	Câncer de útero	Câncer de próstata	Câncer de cabeça e pescoço	Câncer de cérebro	Câncer de pele e intestino	Câncer de pulmão, reto e esôfago
31,7%	23,3%	16,7%	11,7%	5%	3,3%	1,7% (cada um)

Com relação aos efeitos colaterais, 55% dos participantes relataram apresentar algum sintoma ou sinais no momento da coleta de dados. Entre eles, foram apontados: dor, tontura, tremor, vômito, diarreia, sonolência, inapetência, fraqueza, cansaço, alopecia, inchaço, náusea, enjoo, azia, flatulência, perda do paladar, perda de peso, coceira, ardor ao urinar, calor, queimaduras, irritação, mucosite, prisão de ventre, febre, escurecimento da pele, boca seca, cólica e entre os sintomas psicológicos, irritação, angústia e apatia. 45% não relataram efeitos colaterais no momento da entrevista.

Quadro 3: Descrição das respostas sobre o que ajuda a enfrentar a doença/tratamento:

Porcentagem:	Categorias:	Descrição:
51,6%	Rede de apoio social	Família, amigos, médicos, “conversar com alguém”, “apoio das pessoas”.
48,3%	Características individuais	“Talento próprio; coragem; ter saúde; força de vontade; amor; gostar de mim mesmo; vontade de viver; pensamento positivo; bom humor; amor à vida; paciência e tranquilidade; boa vontade; determinação; perspectiva de vida.”
46,7%	Religião	Deus, fé, Jesus Cristo.
5%	Outros	Trabalho, o próprio tratamento, fonte de informação (Internet, rádio, jornal).

No quadro 3, são descritas as respostas dos participantes quando foram perguntados sobre o que os ajuda a enfrentar o câncer e o tratamento de radioterapia. Os dados apontam para maior porcentagem nas respostas associadas à rede de apoio social, principalmente a família, as características individuais e a religião, com enfoque maior em Deus. Além dessa pergunta, os sujeitos foram indagados sobre as pessoas que mais ajudam a enfrentar a doença/tratamento. 90% das respostas foram relativas à família, seguidos de 16,6% sobre amigos e as demais respostas foram divididas em: prefeito, patrão e pessoas do trabalho (5%), equipe de saúde (5%), vizinhos (3,3%), outros pacientes (3,3%) e grupos de oração (1,6%).

Nos quadros 3, 4 e 5 descrevem o uso diferencial de estratégias de *coping*, os fatores da escala de resiliência, da escala de bem-estar subjetivo e da escala de sintomatologia de estresse por sexo e geral. Não foram realizadas análises de comparação de média devido ao número reduzido da amostra ($N = 60$), o que impossibilitaria o uso de técnicas paramétricas para estas análises, sendo assim optou-se por apresentar a descrição das médias e desvios padrões ao invés de utilização de técnicas não paramétricas para cálculo das diferenças entre médias.

Quadro 4: Médias e desvio padrão da escala de *coping* por sexo e geral.

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

Em linhas gerais, os pacientes em tratamento radioterápico referem um maior uso de Reavaliação Positiva e Resolução de Problemas, e menor uso de Descarga Emocional, como forma de enfrentar seus problemas. Ainda em relação às estratégias de *coping*, os participantes relataram um uso superior de estratégias de aproximação, do que de evitação. Ao serem orientados para descrever uma situação problema, 76,7% dos participantes relataram a própria doença e 23,3% apontaram outros problemas, entre eles de relacionamento amoroso, morte ou separação da família, depressão, problemas financeiros, outras doenças na família e dificuldade para alimentar.

Quadro 5: Médias e desvio padrão dos fatores de resiliência, bem-estar subjetivo e sintomas de estresse por sexo e geral.

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

No Inventário de Resiliência observa-se que a maior média apresentada foi a do fator inovação e tenacidade na pesquisa com pacientes oncológicos, seguido pelo fator satisfação

no trabalho com média, entretanto competência emocional obteve a menor média. Estes dados nos informam que neste estudo, os pacientes oncológicos parecem enfatizar mais a inovação e tenacidade e satisfação no trabalho em detrimento da competência emocional.

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

Em relação ao Inventário de Sintomas de Estresse, os participantes revelaram maior pontuação para Sintomas Psicológicos em relação aos Sintomas.

DISCUSSÃO

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

Em relação ao estado civil, a maioria é casada, possuem filhos e moram com a família. Todos os participantes da pesquisa relatam possuírem religião. Teles (2005), Paludo e Koller (2005), Melillo e Ojeda (2005), Pesce et al. (2005), Peres, Mercante e Nasello (2005), Almeida, Pereira e Oliveira (2008) e Guerrero et al. (2010) apontam o apoio social, entre eles a família, a fé, a religião, o afeto e o vínculo como fatores importantes para a resiliência. Os dados sócio-demográficos relatados denotam a existência desta rede de apoio, cuja qualidade não foi avaliada neste estudo. Entretanto, pode-se postular que estes poderiam ser fatores de proteção, uma vez que a rede de apoio social e a religião foram apontadas como os principais fatores para o enfrentamento das adversidades por este grupo pesquisado. Segundo Guerrero et al. (2010) “o câncer amedronta e a espiritualidade renova” o que, de acordo com estes autores, denota a importância da espiritualidade como estratégia de enfrentamento no planejamento da assistência ao paciente oncológico.

Referente ao trabalho, os participantes da pesquisa estão igualmente divididos em dois grupos: trabalho com remuneração e não possuem trabalho remunerado. Um grupo menor de pacientes são aposentados ou estavam de licença médica do trabalho. Segundo Mota et al. (2006), a doença é um fator limitante para o trabalho e aposentadoria precoce, entretanto os resultados apontam que para os sujeitos investigados a satisfação no trabalho parece ser um aspecto importante no suporte emocional do paciente com câncer. Neme e Lipp (2010) em

seus estudos referem-se à área de relacionamento social e de trabalho, na qual a maioria significativa de mulheres com diagnóstico de câncer referiu ter vivido situações de afastamento social e sentimento de solidão, frequentemente mais do que as entrevistadas do grupo de mulheres sem diagnóstico de câncer. A solidão, segundo essas autoras, agrava os efeitos do estresse, favorecendo o desenvolvimento de doenças da adaptação.

Quanto ao conhecimento do diagnóstico de câncer, somente um participante da pesquisa relata não saber. Os efeitos colaterais do tratamento também são conhecidos pela maioria. O impacto do diagnóstico de doenças crônicas foi estudado por Kübler-Ross (1998), que descreve as fases de negação, de barganha, da raiva, da depressão e da aceitação como um processo de assimilação psicológica.

Conforme os dados obtidos no inventário de *coping*, os pacientes em tratamento radioterápico referem um maior uso de Reavaliação Positiva e Resolução de Problemas e menor uso de Descarga Emocional, portanto maior uso de estratégias de aproximação do que evitação. Estes resultados coincidem com os achados de Heim, Valach e Schaffner (1997), Lisboa et al. (2002), Schroevers, Kraaij, Garnefski (2008) e Sehgal et al. (2008), que abordam o uso das formas de enfrentamento de aproximação, voltadas para o problema, auxiliando na adaptação psicossocial, enquanto que o *coping* de evitação (negação e fuga) interfere negativamente nesta adaptação, além de fatores como a rede de apoio social, que foca nos aspectos positivos, e que também são discutidos por estes pesquisadores. No entanto, nos estudos de Neme e Lipp (2010), as mulheres com câncer revelaram ter lidado com fuga e evitação significativamente mais que as mulheres sem câncer. Fugindo ou esquivando-se de seus problemas, as mulheres com câncer não conseguiram superá-los, resolvendo-os significativamente menos do que as mulheres sem câncer. Para essas autoras, o processo de enfrentamento visa diminuir ou eliminar as fontes de estresse. As reações de fuga e evitação, acompanhadas de crenças negativas sobre a possibilidade de resolver ou superar os problemas vividos e de sentimentos de desânimo ou desamparo, são ineficazes para lidar com o estresse. Para Neme e Lipp (2010), portanto, os padrões de enfrentamento mais positivos, otimistas, flexíveis e diretos para lidar com as situações e sentimentos envolvidos em situações de estresse da vida propiciam adaptações mais saudáveis e a diminuição do impacto do estresse no equilíbrio psicofisiológico do indivíduo.

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

Para a Psicologia da Saúde, os dados fornecem informações importantes ao apontar que as estratégias de aproximação, focadas no problema, podem estar relacionadas ao ajustamento emocional e bem-estar subjetivo. Com isto, o psicólogo que atua nesta área deve focar sua ação terapêutica na orientação e manutenção do paciente para as estratégias de aproximação (reavaliação positiva, busca de apoio, resolução de problemas) e menos estratégias de evitação, focadas na emoção (evitação cognitiva, aceitação/resignação, busca de gratificação alternativa e descarga emocional). A estratégia de aproximação do tipo análise lógica na análise estatística parece denotar menor bem-estar subjetivo, portanto a utilização dessa

estratégia pode causar maior desconforto emocional. Ao focar mais nas estratégias de aproximação, não estamos contra indicando que os aspectos emocionais do paciente não devem ser considerados na ação terapêutica, mas que a escuta das emoções, através do apoio psicológico, pode promover o bem-estar do paciente e, com isto, abrir campo para o terapeuta direcionar a ação destes rumo a estratégias de *coping* mais adaptativas.

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

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

Por outro lado, os dados do presente estudo devem ser mitigados a luz das limitações apresentadas. Na presente pesquisa observou-se uma grande dispersão na idade dos participantes. Pesquisas anteriores sobre *coping* apontam a importância da variável idade na percepção do problema, recursos de *coping* e formas de enfrentamento aos problemas. Sendo assim, podem existir diferenças significativas nas formas como os pacientes submetidos à radioterapia aos 30 anos enfrentam esse processo quando comparados com os de 50 anos. Neste estudo, contudo, não foi possível analisar tal aspecto devido ao baixo número de participantes. Estudos posteriores com amostras maiores deveriam avaliar as possíveis interferências da variável idade nas formas de enfrentamento ao tratamento de radioterapia. Além disso, a ampliação da amostra também possibilitaria o uso de técnicas estatísticas paramétricas e mais aprofundadas o que possibilitaria maiores esclarecimentos sobre a relação entre as formas de enfrentamento ao tratamento de radioterapia, o bem-estar subjetivo e a resiliência.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, A.S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164, doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008.

Almeida, L.H.R.B., Pereira, Y.B.A.S. & Oliveira, T.A. (2008). Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem* Brasília, 61, 482-487. doi.org/10.1590/S0034-71672008000400014.

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

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

Benevides-Pereira, A.M.T., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Inventário de Resiliência. São Paulo: Maringá.

Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V., & Koch, U. (2008). Quality of life and treatment side effects before and after radiation therapy. *Psycho-Oncology* 17 (SI), S288-S289

Bullock, J. G., Green, D. P., & Ha, S. (2010). Yes, but what's the mechanism? (Don't expect an easy answer). *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 550-558, doi.org/10.1037/a0018933.

Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduces 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31, 1065-1070, doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603.

Diener, E., & Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: health and well-being*, 3, 1-43.

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

Guerrero, P.G., Zago, M.M.F., Sawada, N.O. & Pinto, M.H. (2010). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 64, 53-59. doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008.

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

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

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

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

Lisboa, C., Koller, S.H., Ribas, F.F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciúncula, L. P., & De Marchi, R.B. (2002). Estratégias de Coping de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 345-362, doi.org/10.1590/S0102-79722002000200012.

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

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

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

Neme, C.M.B. & Lipp, M.E.N. (2010). Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres Com e Sem Câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 475-483. doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010.

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

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

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

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

Peres, J.F.P., Mercante, J.P.P., & Nasello, A.G. (2005). Promovendo Resiliência em Vítimas de Trauma Psicológico. *Revista de Psiquiatria*, 27, 131-138, doi.org/10.1590/S0101-81082005000200003.

Pesce, R.P., Assis, S.G., Avanci, J., Santos, N.C., Malaquias, J., & Carvalhães, R. (2005). Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade da Escala de Resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 436-448. doi.org/10.1590/S102-311X2005000200010.

Rodrigues, A., & Silva, J. A. (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF*, 15, 113-123. doi.org/10.590/S1413-82712010000100012.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British journal of psychiatry*, 147, 598-611, doi.org/10.1192/bjp.147.6.598.

Schroevers, M.J., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). The Role of Cognitive Coping and Self-Regulatory Process in Cancer Patients Report of Negative and Positive Affect. *Psycho-Oncology*, 17(SI), S95.

Sehgal, S., Hickman, S., Casden, D., Clark, K., Loscalzo, M., & Bardwell, W. (2008). Gender Differences of Psychosocial Distress in Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 17, (SI), S108-S109.

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

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

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

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