



## Empirical Articles

# Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental Para Sobreviventes de Cancro da Mama: Descrição de um Programa e Avaliação Preliminar da sua Eficácia

Cognitive-Behavioral Group Therapy for Breast Cancer Survivors: Description of a Program and Preliminary Evaluation of its Effectiveness

Ana Torres<sup>\*a</sup>, Anabela Pereira<sup>a</sup>, Sara Monteiro<sup>a</sup>

[a] Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

## Resumo

**Objetivo:** A terapia de grupo cognitivo-comportamental (TCC) tem-se mostrado altamente eficaz, nomeadamente no âmbito da psico-oncologia. Existem poucas descrições de como os programas para grupos de doentes de cancro podem ser estruturados e aplicados, bem como não têm sido publicados estudos de eficácia destes programas, especialmente em Portugal. Assim, descreve-se um programa de TCC de oito sessões, desenvolvido pela equipa, para aplicação a grupos de sobreviventes de cancro da mama, bem como os resultados preliminares da sua eficácia. **Método:** Foi utilizada uma amostra de 20 participantes selecionadas no Movimento Vencer e Viver da Delegação Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro (16 foram submetidas ao programa de intervenção descrito e quatro fizeram parte de um grupo de controlo). Os procedimentos de avaliação consistiram no preenchimento voluntário dos seguintes instrumentos: Escala de Controlo Emocional (CEC), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC), Teste de Orientação de Vida (TOV-R) e o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ C-30 e suplemento BR-23). É apresentada a descrição dos procedimentos de intervenção. **Resultados:** Os resultados preliminares obtidos com a aplicação do programa são apresentados. Não foi possível verificar resultados significativos do pré para o pós-teste até este momento. **Conclusão:** É importante ter em consideração o programa de terapia de grupo apresentado para replicação em doentes de cancro para obter resultados mais claros acerca da sua eficácia. A relevância desta conclusão é enfatizada pelas vantagens da terapia de grupo como uma característica de custo-eficácia.

**Palavras-chave:** programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental, doentes de cancro, sobreviventes de cancro da mama

## Abstract

**Aim:** Cognitive-behavioural therapy (CBT) has already been shown to be highly effective, namely in psycho-oncology field. There are few descriptions of how a CBT programme for cancer patients groups can be structured and delivered, as well as, there are few efficacy studies of this programs, especially in Portugal. We present a description of an 8-session CBT programme that has been developed by our team, for delivery to breast cancer survivors groups, as well as, the preliminary results of its efficacy. **Method:** It was used a sample of 20 participants selected from Reach to Recovery of Centre Delegation of Portuguese Cancer League (16 was submitted to the intervention program described and four performed the control group). Evaluation procedures consisted on voluntary fill-out of the following instruments: Courtauld Emotion Control Scale (CEC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Clinical Inventory of Self-concept (ICAC), Life Orientation Test - Revised version (LOT-R) and the Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30 and supplement BR-23). Description of components and contents of the sessions are presented. **Results:** Preliminary results of the programme application are presented. Until now, it was not possible to verify significant results from pre- to post-test. **Conclusion:** It is important to take in consideration the group therapy programme presented and replicate it with cancer patients in order to obtain clear results of its efficacy. The relevance of this conclusion is emphasized by the cost-effectiveness associated with the group therapy format.

**Keywords:** cognitive behaviour group therapy programme, cancer patients, breast cancer survivors

Psychology, Community & Health, 2012, Vol. 1(3), 300–312, doi:10.5964/pch.v1i3.55

Received: 2012-09-19. Accepted: 2012-10-26. Published: 2012-11-30.

\*Corresponding author at: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal, email: anatorres@ua.pt



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Introdução

As intervenções psicológicas da abordagem cognitivo-comportamental, desde que emergiram com Ellis (1962) e Beck (1976), têm recebido suporte empírico que valida a sua eficácia no tratamento de diferentes condições psicológicas (e.g. Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986).

As intervenções psicológicas para doentes oncológicos têm demonstrado ajudar as mulheres vítimas de cancro a “viver melhor”, como conclui Rowland e Massie (2010). A maioria dos estudos também suporta que a intervenção de grupo e especialmente a intervenção de grupo estruturada que inclui estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes em doentes oncológicos (Bottomley, Hunton, Roberts, Jones, & Bradley, 1997; Cunningham & Tocco, 1989; Meyer & Mark, 1995; Rowland & Massie, 2010; Spiegel et al., 1999). Os estudos têm encontrado especificamente resultados de eficácia terapêutica nos seguintes indicadores psicológicos: coping (Cameron et al., 2007); depressão e perturbações de humor (Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2009; Edelman & Kidman, 1999; Simpson, Carlson, & Trew, 2001); ansiedade (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis, & Harman, 2007; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2009; Kissane et al., 2003); autoestima (Edelman, & Kidman, 1999); psicopatologia em geral (Simpson, Carlson, & Trew, 2001); funcionamento familiar (Kissane et al., 2003); raiva-hostilidade, desamparo-desesperança e autoimagem (Chujo et al., 2005), bem-estar emocional, percepção do risco de recorrência de cancro e grau de preocupação com a doença (Cameron et al., 2007).

Um dos únicos estudos que não encontrou ganhos terapêuticos significativos com a aplicação deste tipo de terapia de grupo foi o de Watson, Fenlon, McVey e Fernandez-Marcos (1996), o que pode estar relacionado com a baixa morbilidade psicológica apresentada pelas participantes do estudo antes da intervenção.

Em Portugal, poucos estudos têm sido feitos de eficácia de intervenção de grupo com mulheres com cancro da mama. O primeiro estudo publicado, que seja do nosso conhecimento, consistiu na aplicação de um programa de quatro sessões da autoria de Pereira e Marques (2001). McIntyre, Fernandes e Pereira (2002) realizaram outro dos poucos estudos realizados, com 40 mulheres com cancro da mama em quimioterapia, tendo encontrado alterações significativas do início para o fim da intervenção no sentido esperado para a depressão, ansiedade-traço, estratégias de coping de aceitação, desinvestimento mental e orientação para os serviços de saúde. Apesar das limitações assumidas deste estudo, “os dados encontrados indicam um efeito limitado do programa (...) não negligenciável” (p. 299). Outros estudos têm sido realizados, nomeadamente, o de Pinto (2012) e outros estudos exploratórios (Torres, Pereira, & Monteiro, 2011). Devido ao tamanho reduzido destas amostras foram obtidos resultados limitados que revelam, no entanto, interesse para estudos mais alargados.

Apesar da existência de suporte na literatura deste tipo de intervenção com doentes oncológicos e especificamente com sobreviventes de cancro da mama, a aplicação deste tipo de intervenção não tem sido muito utilizada em Portugal, existindo a necessidade de estudar melhor esta aplicação. Um dos fatores que pode contribuir para a reduzida utilização deste tipo de intervenção, para além dos poucos estudos, pode estar relacionado com a ausência de publicação de programas de intervenção de grupo para esta população. Este estudo tem como objetivo contribuir para diminuir esta lacuna na literatura nacional, apresentando um programa de intervenção e os resultados preliminares obtidos com a sua aplicação.

## Método

### Participantes

Foram selecionadas as voluntárias do Movimento Vencer e Viver da delegação centro da Liga Portuguesa contra o Cancro. Foi realizada uma entrevista de seleção com as seguintes finalidades: recolher informações sociodemográficas; avaliar o critério de inclusão, de sobrevivência há pelo menos cinco anos e avaliar os seguintes critérios de exclusão: perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama; perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool, distúrbios cognitivos e outras condições que poderiam contraindicar a entrada num grupo (como história recente de tentativa de suicídio, inaptidão para participar em tarefas de grupo; severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; acentuada falta de motivação para a mudança e frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea).

O programa desenvolvido pela nossa equipa foi testado, de forma preliminar, com 20 sobreviventes de cancro da mama. Dezasseis participantes foram submetidos a intervenção de grupo cognitivo-comportamental, enquanto quatro participantes não foram sujeitos a qualquer intervenção, constituindo-se assim um grupo de intervenção e um grupo de controlo, respetivamente. Apesar da distribuição pelas duas condições não ter sido aleatória, os dois grupos amostrais mostraram-se homogéneos quanto às variáveis demográficas, clínicas e psicológicas.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas da [American Psychological Association \(2010\)](#) para o tratamento ético das participantes.

O grupo com intervenção foi constituído por 20 participantes, com idades compreendidas entre os 39 e os 80 anos ( $M = 61.25$ ;  $DP = 9.37$ ). A maioria é casada (81.3%), existindo 12.5% de viúvas e 6.3% de divorciadas. No que concerne à escolaridade, a maioria tem o primeiro ciclo (31.3%) ou formação universitária (31.3%), sendo que 18.8% tem o terceiro ciclo ou o ensino secundário. Em termos de variáveis clínicas, a maioria destas sobreviventes detetou o cancro através do rastreio da LPCC (31.3%) ou através de autoexame (31.3%), tendo 18.8% detetado por outras formas de deteção e 12.5% através de exames de rastreio solicitado pelo médico. Em relação à cirurgia realizada, 75% realizou mastectomia, existindo 12.5% que realizou primeiro quadrantectomia seguida de mastectomia e 6.3% realizou mastectomia dupla. Quanto aos outros tratamentos, 68.8% não realizou esvaziamento ganglionar axilar e 68.8% não foi submetida a radioterapia, enquanto 68.8% realizou quimioterapia e 43.8% hormonoterapia.

O grupo de controlo é constituído por 4 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos ( $M = 63.33$ ;  $DP = 4.93$ ). A maioria também é casada (75%), existindo 25% de viúvas. No que concerne à escolaridade, igual proporção da amostra (25%) tem o primeiro, segundo e terceiro ciclo, e formação universitária. Em termos de variáveis clínicas, igual proporção de participantes detetou o cancro através do rastreio da LPCC e do rastreio solicitado pelo médico (25%). Em relação à cirurgia, todas realizaram mastectomia. Quanto aos outros tratamentos, nenhuma confirma ter realizado esvaziamento ganglionar axilar. A maioria não realizou radioterapia (75%), enquanto metade desta amostra realizou quimioterapia e 75% hormonoterapia.

### Material

Todas as participantes responderam voluntariamente aos seguintes questionários: questionário sociodemográfico; Escala de Controlo Emocional de Courtauld (CEC de [Watson e Greer \(1983\)](#), versão portuguesa de [Patrão \(2007\)](#); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) de [Zigmond e Snaith \(1983\)](#), versão portuguesa de

Pais-Ribeiro et al. (2007); Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986); Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R) de Scheier, Carver & Bridges (1994), versão portuguesa de Monteiro, Tavares e Pereira (2006); e o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ-C30) em conjunto com o Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (QLQ-BR23) de Aaronson et al. (1993), versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008).

O Questionário de Identificação e Caracterização Sociodemográfica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

A CEC é constituída por 21 itens (os itens 4, 8, 11, 12 e 19 são itens de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de uma escala de resposta tipo Likert de quatro pontos variando de “*quase nunca*” a “*quase sempre*”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alpha de Cronbach de 0.88 (Patrão, 2007; Watson & Greer, 1983).

A depressão e ansiedade foram avaliadas com a EADH. Esta escala é composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por sete itens. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta um coeficiente alpha de Cronbach de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O ICAC é constituído por 20 itens que são avaliados segundo a cotação de 1 a 5 (exceto os itens 3, 12, 18 que se cotam inversamente), assim, a pontuação varia de 20 a 100 pontos totais, sendo que quanto maior for a pontuação obtida melhor é o autoconceito. Este inventário revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de 0.791 (Vaz Serra, 1986).

O TOV-R é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o otimismo. É constituído por 8 itens numa escala de resposta Likert de cinco pontos que varia de 0 (“*discordo totalmente*”) a 4 (“*concordo totalmente*”). Dos 8 itens, dois são formulados de modo positivo (itens 2 e 8), dois itens são formulados de modo negativo (itens 5 e 7) e quatro itens são neutros (itens 1, 3, 4 e 6). Os itens neutros não têm como objetivo avaliar o otimismo disposicional, pelo que não são incluídos na análise de dados. Nesta análise, os valores dos itens formulados de modo negativo devem ser invertidos, para que quanto maior for a nota global do teste maior seja o índice de otimismo disposicional. Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram um coeficiente alpha de Cronbach de 0.66. No estudo principal, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado foi de 0.74 (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006).

O EORTC QLQ-C30, utilizado para avaliar a qualidade de vida (QDV), é constituído por 30 itens que se subdividem em três escalas: a escala de estado global de saúde e QDV; a escala funcional composta pelo funcionamento físico, limitações funcionais, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social e a escala sintomática composta pelas subescalas fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, insónia, falta de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. O formato da resposta é de tipo Likert de quatro pontos (de “*não*” a “*muito*”) para as escalas funcionais, e de sete pontos variando de “*péssima*” a “*ótima*” para a escala global de saúde. Resultados elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV (Patrão, 2007).

A escala revela boa consistência interna (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008) apresentando um coeficiente de alpha de Cronbach entre 0.79 e 0.86 (Patrão, 2007).

O QLQ-BR23 é um módulo aplicado para avaliar a QDV de pacientes com cancro da mama especificamente, constituído por 23 itens que se subdividem em quatro escalas funcionais - imagem corporal, funcionamento sexual, satisfação sexual e perspectivas futuras - e quatro escalas sintomáticas que avaliam sintomas da doença e efeitos secundários do tratamento: efeitos da quimioterapia, sintomas na mama, sintomas no braço e preocupação com a queda do cabelo (Patrão, 2007). A pontuação das questões é cotada segundo uma escala de tipo Likert, de quatro níveis (“*não*”, “*um pouco*”, “*bastante*” e “*muito*”) sendo que quanto mais elevado o valor obtido, menor é a QDV, exceto nas questões 44, 45 e 46 do QLQ-BR23 em que, quanto maior a pontuação, melhor a QDV avaliada variando de 0 a 100 (Patrão, 2007).

### Procedimento de Intervenção

O programa desenvolvido pela nossa equipa foi baseado em programas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) de grupo com eficácia comprovada (cf. Dolbeault et al., 2009; Edelman, & Kidman, 1999; Fawzy, Fawzy, & Canada, 2001; Helgeson, Cohen, & Schultz, 2001).

### Objetivos da Intervenção

Os objetivos principais do programa elaborado são os seguintes: ensinar as participantes a identificar os seus padrões de pensamento disfuncionais e as suas crenças irracionais nucleares; desafiar e modificar os seus pensamentos disfuncionais; treinar várias estratégias de coping comportamentais, como a comunicação assertiva, o estabelecimento de objetivos, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo; melhorar a expressão das preocupações relacionadas com o cancro e as emoções associadas, bem como, melhorar a comunicação com os outros em geral, especialmente com as pessoas mais significativas e também com os técnicos de saúde.

### Aspetos Gerais da Intervenção

O programa compreende oito sessões de grupo, semanais, cada uma com 1h30 a 2h de duração. Existem cinco a 15 participantes por grupo, dirigido por dois coterapeutas. Em cada uma das sessões semanais é pedido às participantes a realização de trabalhos de casa, que consistem no preenchimento de registos de automonitorização (com descrição da situação, emoções, pensamentos, comportamentos e consequências) e de outras tarefas adicionais que se considerem frutíferas de acordo com o tema.

Cada uma das sessões inicia-se com um componente de fornecimento de informação acerca de um dado tema. Na descrição de cada uma das sessões, apresentada a seguir, enumeraremos os respetivos temas. Depois deste

momento da sessão, existe sempre a discussão do tema, o que pode ser feito com o grupo todo ou com pequenos grupos de dois ou três participantes. A discussão do tema parte da análise dos trabalhos de casa de três participantes, que são estabelecidos na sessão anterior e relacionados com o tema da sessão seguinte. Trata-se da fase mais longa da sessão e tem a duração de aproximadamente 1 hora. As participantes são encorajadas a rever os trabalhos de casa com os terapeutas no final da sessão, porque tal fornece uma oportunidade para: verificar se as participantes compreendem a teoria da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e se conseguem aplicá-la às suas situações de vida; responder e auxiliar as necessidades das participantes que partilham menos; sugerir ações futuras e pensamentos alternativos e para encontrar conteúdos relevantes para utilizar nas discussões de grupo.

Antes do final da sessão é solicitada uma síntese breve da sessão e procede-se à distribuição e explicação dos trabalhos de casa.

Cada sessão conclui-se com o treino muscular progressivo com oito grupos musculares.

### **Conteúdos de Cada Sessão**

A primeira sessão deste programa compreende a entrega de um manual com informação sobre os princípios da TCC. Esta sessão, para além da familiarização com os princípios da TCC e com as regras do grupo, tem como objetivo o estabelecimento de um ambiente empático e colaborativo. Esta sessão engloba os seguintes diferentes momentos: apresentação do terapeuta e do coterapeuta, dos objetivos e regras de funcionamento do grupo; apresentação individual das participantes; atividade de exploração de aspetos comuns às participantes; identificação dos problemas relacionados com o cancro; apresentação do programa de intervenção; distribuição e familiarização com os registos de auto monitorização; estabelecimento do trabalho de casa e, por fim, familiarização com a técnica de respiração abdominal e de relaxamento muscular progressivo.

As regras de grupo apresentadas e discutidas nesta sessão são as seguintes: garantia da confidencialidade; participação anónima; evitar nomeação dos cuidadores formais; não beneficiar de ajuda psicológica exterior ao grupo; implicação sincera na terapia; motivação; falar em seu nome; participar assiduamente.

A breve atividade de exploração de aspetos comuns às participantes do grupo é realizado com vista ao aumento de coesão das participantes e consiste em, depois de formado um círculo e de mãos dadas, cada uma das participantes diz uma coisa de que gosta muito e todas as que partilham esse gosto aproximam-se do centro do círculo formado.

Durante a identificação dos problemas relacionados com a doença pelas participantes, faz-se um registo esquemático desses problemas e das sessões em que são abordados.

A segunda sessão segue a estrutura descrita nos aspetos gerais da intervenção, como todas as seguintes, e trata do tema “As causas e significado do cancro”. Depois de apresentado o tema, é analisado o registo de monitorização de uma situação comum de vida diária. De seguida são analisados e partilhados três registos de monitorização sobre as causas e o significado do cancro e parte-se dessa partilha para a apresentação multifatorial do desenvolvimento do cancro. Segue-se para a distinção de atribuições relacionadas com um estilo de atribuição de controlo interno e externo. Explora-se as vantagens e desvantagens dos dois estilos de atribuição e salienta-se que a aproximação de uma atribuição ao controlo interno responsabiliza, mobiliza e capacita de maior controlo sobre a própria vida.

Antes do final solicita-se a síntese da sessão e é distribuído o trabalho de casa: “Analisar uma situação onde o impacto do tratamento sobre o corpo é experienciado como problemático”. No final, realiza-se relaxamento.

Na sessão três é introduzido o tema “Alterações corporais relacionadas com os tratamentos”. O tema é discutido a partir da análise dos trabalhos de casa. É aplicado o método de resolução de problemas com os conteúdos de preocupação partilhados. É enfatizado que o importante é integrar aos poucos os novos aspetos da experiência, seja através da adoção de soluções que levem a uma aproximação do que se era antes, quer as que levam à aceitação das alterações, sem esquecer recorrer às fontes de informação pertinentes para a preocupação física específica. Também é considerada a existência de perdas e ganhos da experiência. O trabalho de casa prescrito nesta sessão consiste no registo de monitorização com um problema relacionado com a família, o companheiro, os papéis sociais ou profissionais.

O tema da sessão quatro consiste no “Impacto da doença e do tratamento na autoestima”. Depois de introduzido o tema, as participantes são incentivadas a escrever três mensagens positivas para elas próprias, partilhando-as. Segue-se a análise dos trabalhos de casa em grupo, fomentando a discussão sobre o impacto dos tratamentos na autoestima abordando os diferentes papéis (relações de trabalho, familiares e conjugais). Tendo em consideração as alterações, procura-se soluções práticas em conjunto e discute-se as vantagens e desvantagens das soluções encontradas. Incentivam-se as participantes a integrar os aspetos da experiência e a recuperar a autoestima positiva. No final da discussão instruem-se as participantes a fazer elogios às três pessoas que se seguem à direita. Como trabalho de casa, para além de se solicitar a análise de uma situação que desencadeie a situação adversa de incerteza, incentivam-se as participantes a pedir elogios às pessoas significativas. Também se incentiva que enumeremos pontos fortes que consideram ter ajudado a “vencer” a doença e a lidar com as alterações associadas.

Na quinta sessão o tema consiste em “Lidar com a incerteza”, que se inicia com um texto introdutório, seguido da análise dos trabalhos de casa. Para além da identificação das situações que originam os temores de reincidência, é incentivada a identificação de acontecimentos que tornam possível manter a esperança. Depois de identificados os pensamentos negativos, incentivam-se as participantes a encará-los como hipóteses e não como factos e enfatiza-se o carácter irracional dos pensamentos de incerteza, tentando encontrar pensamentos alternativos ou outras estratégias como a descentralização e a realização de tarefas de mestria e de prazer. É abordada a perda do sentimento de invulnerabilidade, e da maturidade adquirida com o conhecimento da autovulnerabilidade. Discute-se o medo de morrer (sem se ficar autocentrado) e a capacidade de se confrontar com os próprios medos. Introduce-se o conceito de pensamentos recorrentes de recaída (por picos) e a aceitação do acompanhamento e avaliação médica para toda a vida e do conhecimento de possibilidade de recorrência. O trabalho de casa para a sessão seis consiste no preenchimento de um registo de monitorização com um momento bem e outro mal sucedido de comunicação com pessoas próximas. É igualmente solicitado às participantes que executem pelo menos três tarefas de mestria e de prazer em cada dia da semana.

O tema da sessão seis é o “Relacionamento com o parceiro e família (família, amigos ou outros)”, que se inicia com um texto introdutório e com a análise da primeira parte do trabalho de casa, uma situação de comunicação bem sucedida. Depois de se salientar que o cancro gera mudanças positivas e negativas no sistema relacional e de se reforçar as estratégias positivas, passa-se à análise de situações difíceis, recorrendo à técnica do *role-play*. Neste momento introduz-se o conceito de *role-play* (*play*, *feedback* e *replay*). Os participantes observadores têm critérios de observação (contacto visual, proporção, tonalidade e ritmo de diálogo). É fornecido feedback positivo

e negativo e são propostas e treinadas propostas de comunicação alternativas, fornecidos pelas outras participantes. Como trabalho de casa, para além de se incentivar a utilização das estratégias de comunicação positiva, solicita-se o registo de monitorização com duas situações de comunicação com técnicos de saúde: um bem-sucedido e outro difícil, tentando encontrar formas de melhorar a comunicação.

Na sétima sessão o “Relacionamento com os profissionais de saúde” é o tema e inicia-se com o texto introdutório e da análise de situações de comunicação positivas com profissionais de saúde. Começa-se por se fazer uma lista com as expectativas das participantes em relação aos profissionais de saúde, com objetivo de que verifiquem as elevadas expectativas. Depois deste exercício e de se enfatizar a importância e a utilidade do apoio da equipa médica, avança-se para a análise e role-play das situações difíceis. Como trabalho de casa para a sessão oito estabelece-se que devem partilhar os sentimentos positivos e negativos em relação ao grupo e fazer uma lista de objetivos pessoais.

Na oitava sessão, depois do texto introdutório convidam-se as participantes a fazer a avaliação do grupo, com a expressão de sentimentos relativos ao fim das sessões. Para depois se tentar que as participantes identifiquem os objetivos que têm, pede-se que reflitam sobre os obstáculos que são necessários ultrapassar. As participantes aprendem a decompor os seus objetivos em pequenos passos atingíveis e a operacionalizar como os alcançar. A utilização de outras técnicas também é reforçada como a técnica da visualização e a do pedido de apoio. Procura-se igualmente transformar o sentimento de rutura num sentimento de continuidade, ajudando as participantes a recuperar antigos projetos ou a construir novos (com base nas hierarquias individuais).

A intervenção termina com apresentação de uma síntese do programa e pede-se às participantes que descrevam o que conseguiram aprender com a intervenção. Também se tenta que as participantes identifiquem os obstáculos que anteveem e a forma de os ultrapassar.

Os temas de cada sessão estão sintetizados na [Tabela 1](#).

### **Procedimentos Estatísticos**

Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 19 para o Windows, e sujeitos às análises que permitiram a formulação das conclusões do estudo. Dadas as características da amostra (número reduzido de participantes) e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas.

Desta forma, com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas do grupo. Com o intuito de testar a equivalência dos grupos experimental e de controlo utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney para as variáveis escalares, como a idade, o número de anos de realização das diferentes intervenções terapêuticas e os resultados na primeira avaliação das variáveis dependentes. Com o mesmo objetivo utilizou-se o teste do qui-quadrado na comparação dos dois grupos nas seguintes variáveis nominais: o estado civil, as habilitações literárias, a categoria profissional, a situação profissional, o meio de deteção do cancro, os tipos de intervenção realizados e a recorrência de cancro. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas no sentido de comparar as alterações do pré para o pós-teste em cada um dos grupos.

De referir que se utilizou como referência um nível de significância de  $p < 0.05$ .

Tabela 1

*Temas das Sessões*

Sessão	Tema	Trabalho de Casa
1	Apresentação do funcionamento do grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> </ul>
2	As causas e o significado do cancro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> </ul>
3	Alterações corporais relacionadas com os tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> </ul>
4	Impacto da doença e do tratamento na autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> <li>• Solicitar elogios aos mais significativos e comparar com autoavaliação</li> <li>• Elaboração de texto com o que conseguiu vencer com os seus pontos fortes determinantes para lidar com a doença</li> </ul>
5	Lidar com a incerteza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> <li>• Tarefas de mestria e prazer</li> </ul>
6	Relacionamento com o parceiro e família (família, amigos e outros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> <li>• Aplicação de estratégias de comunicação positiva com a família, amigos e outros</li> </ul>
7	Relacionamento com os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de monitorização</li> <li>• Sentimentos em relação ao grupo</li> <li>• Lista de objetivos pessoais</li> </ul>
8	Conclusão do grupo e projetos pessoais	

## Resultados

Os resultados obtidos não encontraram, contudo, diferenças significativas do início para o final da intervenção, nos resultados globais de avaliação das variáveis de controlo emocional, ansiedade, depressão, autoconceito, otimismo e qualidade de vida, o que se pode dever ao tamanho da amostra. Os resultados são apresentados abaixo no [Tabela 2](#).

## Discussão

Nos últimos anos tem aumentado o interesse e a demonstração de eficácia da utilização da intervenção TCC com doentes de cancro e especificamente com sobreviventes de cancro da mama. Os estudos internacionais que apresentam resultados da aplicação da intervenção de grupo desta abordagem indicam que esta é eficaz, o que nos levou a aplicar e testar esta intervenção em Portugal. A relevância deste tipo de intervenção e do estudo da sua eficácia, ainda que preliminar, é enfatizada pelas vantagens da terapia de grupo como a característica de custo-eficácia, que é uma mais-valia considerável no contexto económico em que vivemos atualmente. Apresentámos a estrutura e conteúdo de um programa de TCC de grupo para sobreviventes de cancro da mama, desenvolvido com base em programas que apresentaram eficácia terapêutica internacionalmente, e que, apesar de nesta fase preliminar não ter apresentado eficácia terapêutica, constitui uma oportunidade de aplicação futura mais extensa. O tamanho da amostra reduzido pode ter condicionado a obtenção de resultados

Tabela 2

Resultados no Pré- e Pós-Testes

	Grupo com Intervenção				Grupo de Controlo			
	Pré	Pós	$z^a$	$p$	Pré	Pós	$z^a$	$p$
	<i>Mdn, M</i>	<i>Mdn, M</i>			<i>Mdn, M</i>	<i>Mdn, M</i>		
<b>Controlo Emocional CEC</b>	52.50, 49.75	49.00, 49.94	-.08	.94	40.00, 47.00	50.00, 48.00	0.00	1.00
Raiva	16.00, 15.71	14.50, 15.56	-.29	.78	13.00, 15.30	19.00, 17.50	0.00	1.00
Ansiedade	18.00, 18.00	16.00, 17.50	-.54	.59	15.50, 17.00	16.00, 17.33	-1.00	.32
Infelicidade	15.00, 16.37	15.50, 15.00	-1.60	.88	14.00, 14.25	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	
<b>Sintomatologia HADS</b>								
Ansiedade	5.00, 5.81	5.50, 5.75	-.25	.80	6.00, 5.00	7.50, 8.50	-.82	.41
Depressão	3.00, 3.27	3.00, 3.73	-1.03	.30	4.00, 3.75	5.50, 7.25	-.37	.72
<b>Autoconceito ICAC</b>	80.00, 78.67	79.00, 79.50	-.12	.91	73.00, 73.67	70.00, 67.75	-.82	.41
Aceitação/rejeição social	19.00, 18.88	19.00, 19.81	-1.29	.20	16.00, 15.67	16.00, 15.25	-1.34	.18
Autoeficácia	24.00, 24.13	23.00, 22.56	-1.24	.22	21.00, 21.75	20.00, 20.25	-1.13	.26
Maturidade Psicológica	16.00, 16.00	16.00, 16.25	-.67	.50	16.50, 15.75	16.00, 14.75	-1.63	.10
Impulsividade-atividade	12.00, 12.18	13.50, 12.75	-1.06	.29	11.00, 10.67	10.00, 9.50	-1.63	.10
<b>Otimismo TOV-R</b>	12.00, 11.38	9.00, 9.93	-1.79	.07	11.00, 11.00	9.00, 10.00	<sup>b</sup>	
<b>Qualidade de Vida QLQ C30 BR23</b>								
Estado Geral de saúde/QDV	75.00, 72.91	79.16, 72.91	-.30	.77	66.67, 72.91	79.17, 79.17	-1.09	.28
Função física	86.67, 83.30	86.67, 82.50	-.28	.78	90.00, 85.00	80.00, 80.00	-.82	.41
Função do papel	100.00, 94.40	100.00, 83.33	-2.26	.07	100.00, 100.00	100.00, 95.83	-1.00	.32
Função emocional	79.17, 77.08	75.00, 72.92	-.85	.39	75.00, 75.00	91.67, 91.67	-1.90	.28
Função cognitiva	83.33, 77.78	83.33, 77.08	-.33	.74	100.00, 95.83	83.33, 77.78	-1.73	.08
Função social	100.00, 94.79	100.00, 87.50	-1.23	.22	100.00, 91.67	100.00, 91.67	0.00	1.00
Fadiga	22.22, 24.44	22.22, 24.44	-.37	.71	11.11, 13.89	33.33, 27.78	-1.34	.18
Náusea e vômito	0.00, 9.38	0.00, 2.08	-1.29	.20	0.00, 5.56	0.00, 8.33	-1.00	.32
Dor	16.67, 16.67	16.67, 23.96	-.99	.32	0.00, 4.17	8.33, 8.33	-1.00	.32
Dispneia	0.00, 2.08	0.00, 6.25	-1.41	.16	0.00, 0.00	0.00, 0.00	0.00	1.00
Insónia	33.33, 33.33	33.33, 31.25	-.45	.66	0.00, 8.33	33.33, 41.67	-1.34	.18
Perda do apetite	0.00, 16.67	0.00, 10.42	-1.73	.08	0.00, 8.33	0.00, 25.00	-1.00	.32
Obstipação	0.00, 16.67	0.00, 14.58	0.00	1.00	16.67, 33.33	0.00, 25.00	-1.00	.32
Diarreia	0.00, 6.25	0.00, 4.17	-.58	.56	0.00, 8.33	0.00, 8.33	0.00	1.00
Dificuldades financeiras	0.00, 10.42	0.00, 6.25	-.33	.56	0.00, 8.33	16.67, 25.00	-1.00	.32
Imagem corporal	91.67, 88.33	100.00, 83.33	-.86	.38	20.83, 89.58	91.67, 81.25	-1.63	.10
Função sexual	25.00, 20.83	33.33, 23.81	0.00	1.00	16.67, 16.67	8.33, 12.50	-1.00	.32
Satisfação sexual	66.67, 54.17	33.33, 44.44	-.58	.56	33.33, 33.33	33.33, 33.33	<sup>b</sup>	
Perspetivas futuras	66.67, 54.17	50.00, 56.25	-.33	.74	83.33, 75.00	66.67, 75.00	0.00	1.00
Efeitos colaterais da terapia	14.29, 13.65	14.28, 18.10	-.86	.39	4.76, 17.86	7.14, 8.33	-.54	.59
Sintomas da mama	8.33, 8.88	8.33, 9.44	-.95	.34	8.33, 8.33	12.50, 12.50	-.54	.59
Sintomas braço	16.67, 24.31	11.11, 19.25	-2.58	.80	0.00, 5.56	5.56, 8.33	-1.00	.32
Incómodo queda cabelo	16.67, 16.67	0.00, 0.00	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	50.00, 50.00	0.00, 0.00	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>

Note. *Mdn* = Mediana; *M* = Média.<sup>a</sup>Teste de wilcoxon.<sup>b</sup>Não existem casos suficientes para aplicar o teste de wilcoxon.

estatisticamente significativos, pelo que sugerimos a replicação do estudo com tamanhos amostras maiores, mais representativos. Estes estudos deverão incluir randomização, de forma a se garantir ainda com maior segurança a equivalência dos grupos. Outro fator que pode ter condicionado a obtenção de resultados pode

estar relacionado com um bom funcionamento psicológico no início, pelo que estudos futuros poderão definir um valor de corte para seleção e inclusão das sobreviventes no estudo de eficácia. Apesar das limitações dos resultados e do desenho experimental que foi possível implementar, conseguiu-se desenvolver um programa de intervenção aplicável a mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas, que deve continuar a ser testado e que simultaneamente também constitui, por si só, uma base para o desenvolvimento de programas posteriores mais eficazes.

## Financiamento

Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Liga Portuguesa Contra o Cancro.

## Referências

- American Psychological Association (APA). (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., . . . Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10(1), 67-75. doi:10.1016/0165-0327(86)90050-9
- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L., & Bradley, C. (1997). A pilot study of cognitive behavioral therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14, 65-83. doi:10.1300/J077v14n04\_05
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskis, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180. doi:10.1002/pon.1050
- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K., & Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 13, 503-514. doi:10.1007/s00520-004-0733-z
- Cunningham, A. J., & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 14, 101-114. doi:10.1016/0738-3991(89)90046-3
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, 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. doi:10.1002/pon.1440
- Edelman, S., & Kidman, A. D. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 306-314. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4<306::AID-PON387>3.0.CO;2-Y
- Ellis, A. (Ed.). (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.

- Fawzy, F., Fawzy, N., & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 235-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Helgeson, V., Cohen, S., & Schultz, R. (2001). Group support interventions for people with cancer: Benefits and hazards. In J. Yasko, A. Baum, & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., . . . McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546. doi:10.1002/pon.683
- McIntyre, T. M., Fernandes, S. R., & Pereira, M. O. (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. D. E. Durá (Ed.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 281-302). Lisboa: Climepsi.
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108. doi:10.1037/0278-6133.14.2.101
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006, September). *Optimism in college students: Portuguese study of the Revised Life Orientation Test (LOT-R)*. Lecture given at the 6th Ibero-American Congress of Clinical and Health Psychology, San José, Costa Rica.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Patrão, I. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos* (Doctoral dissertation). Lisbon: Universidade Nova de Lisboa.
- Pereira, M. G., & Marques, A. (2001). *Grupo de apoio psicológico a mulheres mastectomizadas: Programa elaborado no âmbito do estágio em psicologia da saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- Pinto, A. A. G. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 177-186). New York: Oxford University Press.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Simpson, J. S., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9(1), 19-26. doi:10.1046/j.1523-5394.2001.91005.x

- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., . . . Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.  
doi:[10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199911/12\)8:6<482::AID-PON402>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<482::AID-PON402>3.0.CO;2-W)
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2011). P03-520 – Efficacy of cognitive behaviour group therapy with Portuguese breast cancer survivors. *European Psychiatry*, 26, (suppl. 1), 1690. doi:[10.1016/S0924-9338\(11\)73394-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73394-6)
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Watson, M., Fenlon, D., McVey, G., & Fernandez-Marcos, M. (1996). A support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 73-81.  
doi:[10.1017/S1352465800016842](https://doi.org/10.1017/S1352465800016842)
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305. doi:[10.1016/0022-3999\(83\)90052-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90052-1)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.  
doi:[10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)