

## INTERVENÇÕES UTILIZADAS NA PROMOÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COPING NA DEPRESSÃO EM MULHERES COM CÂNCER<sup>1</sup>

### APPLIED INTERVENTIONS TO PROMOTE COPING STRATEGIES FOR DEPRESSION AMONG WOMEN WITH CANCER

### INTERVENCIONES UTILIZADAS PARA PROMOVER ESTRATEGIAS DE COPING PARA LA DEPRESIÓN ENTRE MUJERES CON CÁNCER

LUCIMARA MORELI\*

JEANNE MARIE R. STACCIARINI\*\*

ARIANE DE FREITAS CARDOSO\*\*\*

EMILIA CAMPOS DE CARVALHO\*\*\*\*

#### RESUMO

A depressão tem sido observada em portadores de doenças crônico-degenerativas, incluindo câncer. A utilização de diferentes estratégias de *coping* nessas condições patológicas pode ser extremamente importante, em face da presença de fatores estressores e sentimentos indesejáveis. Buscou-se identificar, por meio de revisão sistemática, os tipos de estudo para promover estratégia de coping e as intervenções utilizadas para promover tais estratégias em situação de depressão, em mulheres com câncer. Foram consultadas três bases de dados eletrônicas, utilizando as palavras chave *depression, coping e cancer* para busca de publicações em Inglês, Português e Espanhol. A busca foi limitada ao gênero feminino e aos tipos de estudo: *clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial e review*. Foram encontrados 376 artigos, excluídos os que não possuíam texto na íntegra disponível e as repetições em diferentes bases de dados; foram eleitos 22 artigos oriundos de diferentes países (63% da América do Norte), e publicados em periódicos de diferentes áreas de conhecimento; são de modelo experimental (63%); recentes (1996 a 2006); foram adotadas estratégias individuais (59,9%) e grupais; o suporte emocional e a terapia cognitiva foram as mais empregadas. As intervenções que promovam estratégias de *coping* identificadas podem ser eficazes, com diminuição significativa de depressão e aumento de *coping* e qualidade de vida; recomenda-se que o enfermeiro as empregue para redução de depressão ao longo do processo terapêutico do câncer.

**Palavras chave:** Enfermagem, cuidados de enfermagem, depressão, adaptação psicológica, câncer.

#### ABSTRACT

Depression has been observed in patients with chronic-degenerative diseases, including cancer. Using different coping strategies can be extremely important under these pathological conditions, considering the presence of stress and unwanted feelings. The purpose of this systematic review was to identify types of studies aimed at promoting coping strategies for depression among women with cancer and interventions used to promote these strategies. Three different electronic databases were reviewed, using the key words depression, coping and cancer to seek publications in English, Portuguese and Spanish, which resulted in 376 articles. The search was limited to female gender and the study types: clinical trial, meta-analysis, randomized control trial and review.

<sup>1</sup> Trabalho desenvolvido junto ao Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP) / Centro Colaborador para Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem da OMS/OPS - Brasil. Pesquisa subsidiada pelo CNPQ.

\* Graduanda - EERP-USP- Brasil. Email: lucimara.moreli@usp.br; arianecardosorp@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira, Professor Assistente - Department of Health Care Environments & Systems -University Florida-USA. E-mail: jeannems@ufl.edu

\*\*\* Graduanda - EERP-USP- Brasil. Email: arianecardosorp@yahoo.com.br

\*\*\*\* Enfermeira, Professor Titular - EERP-USP - Brasil. E-mail: ecdcava@usp.br

After excluding studies whose full text was not available and repetitions in different databases, 22 articles were selected, originated in different countries (63% from North America) and published in journals from different knowledge areas; experimental (63%), recent (1996 till 2006); adopting individual (59.9%) or group strategies, among which emotional support and cognitive therapy were the most frequent. The identified interventions that promote coping strategies can be effective, significantly decrease depression and increase coping and quality of life. It is recommended that nurses use these strategies to reduce depression during the cancer treatment process.

**Key words:** Nursing; nursing care; depression; adaptation psychological; cancer.

## RESUMEN

La depresión ha sido observada en portadores de enfermedades crónico-degenerativas, incluyendo el cáncer. El uso de diferentes estrategias de *coping* para lidiar con estas condiciones patológicas puede ser extremadamente importante, en vista de la presencia de factores de estrés y sentimientos indeseables. Se buscó identificar, por medio de una revisión sistemática, los tipos de estudio para promover estrategias de *coping* y las intervenciones usadas para promover tales estrategias en situaciones de depresión en mujeres con cáncer. Fueron consultadas 3 bases de datos electrónicas, utilizando las palabras clave *depression*, *coping* y *cáncer* para buscar publicaciones en inglés, portugués y español. La búsqueda fue limitada al género femenino y a los tipos de estudio: *clinical trial*, *meta-analysis*, *randomized controlled trial* y *review*. Fueron encontrados 376 artículos. Excluidos aquéllos sin texto completo disponible y las repeticiones en diferentes bases de datos, fueron elegidos 22 artículos originarios de diferentes países (63% de América del Norte) y publicados en periódicos de diferentes áreas de conocimiento; son del tipo experimental (63%); recientes (1996 a 2006); fueron adoptadas estrategias individuales (59,9%) y grupales; el apoyo emocional y la terapia cognitiva fueron las más empleadas. Las intervenciones que promueven estrategias de *coping* identificadas pueden ser eficaces, con disminución significativa de la depresión y aumento del *coping* y calidad de vida. Se recomienda que el enfermero las emplee para reducir la depresión a lo largo del proceso terapéutico del cáncer.

**Palabras clave:** Enfermería, cuidados de enfermería, depresión, adaptación psicológica, cáncer.

Fecha recepción: 23/09/08 Fecha aceptación: 24/06/09

## INTRODUÇÃO

Câncer em mulheres tem alta taxa de ocorrência, sobretudo os de mama e útero. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama permanece como o segundo mais freqüente no mundo e o primeiro entre mulheres sendo o número de casos novos esperados para o Brasil em 2008 de 49.400, com risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Já para o câncer do colo do útero, o número estimado de casos novos era de 18.680, com risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres (1).

Esta patologia produz uma experiência emocionalmente chocante acompanhada por múltiplos estressores, desafios e rompimentos (2); ainda gera angústia contínua, preocupações com ameaça de morte, futuro

de incertezas, efeitos colaterais do tratamento, sexualidade, infertilidade, imagem corporal e relacionamentos (3), altos níveis de alteração de humor, ansiedade e depressão (4).

A forma de enfrentar tal situação dependerá, entre outros aspectos, dos recursos que cada pessoa dispõe, bem como do uso de diferentes estratégias adequadas, inerentes ou aprendidas, frente à situação. Fatores demográficos e características pessoais apresentam relação direta com ansiedade e depressão nas fases de diagnóstico e de terapia adjuvante (5). E a aderência e continuidade do tratamento, assim como a obtenção de melhores resultados clínicos, dependem da satisfação do cliente que, por conseguinte, está relacionada ao ajustamento psicossocial e *coping* frente à doença (6, 7).

*Coping* é definido como idéias realistas

e ações que solucionam problemas e assim reduzem o stress. Pode ser distinguido entre recursos de *coping* e estratégias de *coping*. Os recursos de *coping* incluem recurso social e material, saúde e energia, opiniões positivas, habilidade de solucionar problemas, e habilidades sociais, podendo agir como barreira contra efeitos negativos de situações estressantes da vida(8). As estratégias de *coping* dependem dos recursos de *coping* e podem ser entendidas como “as coisas que as pessoas fazem em relações aos estressores específicos ocorridos em um contexto específico” (9). Favorecer o uso de estratégias de *coping* pelos pacientes, tem sido uma das atribuições da equipe de saúde (10), uma vez que terapeutas treinados em facilitar estratégias de *coping* podem reduzir os níveis de estresse em pacientes com câncer (3).

No Brasil, tal atribuição está amparada pela Portaria COFEn nº 197, de 19/03/1997(11), para aqueles profissionais com formação nessa área, uma vez que *coping* tem sido considerado como uma Terapia Complementar ou Alternativa (12).

Propomos apresentar uma revisão da literatura sobre intervenções utilizadas para promover *coping* em situação de depressão, em mulheres com câncer. Para tanto estabelecemos os seguintes objetivos específicos: 1) identificar os tipos de estudos realizados para promover estratégias de coping em mulher com câncer em situação de depressão; 2) identificar as intervenções utilizadas para promover estratégias de *coping* em mulheres com câncer em situação de depressão.

## MÉTODO

Neste estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura, que tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento produzido sobre um tema (13).

A busca foi feita eletronicamente incluindo artigos publicados no período de 1996–2007

nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e PUBMED, utilizando como palavras chave *depression, coping e cancer*. A busca foi limitada a publicações em Inglês, Português e Espanhol, gênero feminino e tipo de publicação: *clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial e review*. Foram encontrados 376 artigos, e destes excluídos os que não possuíam texto na íntegra disponível e as repetições em diferentes bases de dados. Os resumos dos 102 artigos elegíveis foram lidos, sendo pré-selecionados 65 artigos (Cinahl n= 8, Pubmed n= 21 e Medline n= 36) que foram lidos na íntegra. Destes, 22 (Cinahl n = 3, Pubmed n=16 e Medline n=3) abordavam o *coping* como estratégia para reduzir depressão em mulheres com câncer e tiveram um instrumento de análise preenchido, no qual se identificava o artigo (autor, periódico, volume, fascículo, ano), bem como o objetivo, desenho metodológico, amostra, procedimentos da intervenção de *coping* empregada e resultados. Os dados foram coletados e analisados separadamente, por dois dos autores, não se observando divergências; estão apresentados de forma descritiva, considerando-se os modelos metodológicos dos estudos e ainda as intervenções implementadas: grupal ou individual.

## RESULTADOS

### Caracterização dos artigos que compõem esta revisão

Os artigos examinados (2-3,14-33) estavam direcionados à clientela de portadores de câncer de mama (n=21) e câncer ginecológico (n=01). A faixa etária das participantes das pesquisas analisadas contemplou amostras com idade média variando de 40 a 70 anos, sendo predominante de 51 a 55 anos (40,9%); em dois estudos não foi possível identificar a

idade das participantes (Tabelas 1 e 2).

Os artigos selecionados são publicações recentes (1996 a 2006), sendo o período de 2004/2005 o mais expressivo (22,72%). São 14 artigos originários da América do Norte (63,63%), predominantemente dos EUA; cinco artigos originários da Europa (22,72%); além de dois da Austrália (9,09%) e um da Ásia (4,54%).

Os veículos de divulgação são variados (n = 15), sendo que quatro periódicos divulgaram mais de um artigo sobre esse tema, sendo cinco deles no *Psycho-Oncology* (22,72%); dois nos *Journal of Psychosomatic Research* (9,09%), *Oncology Nursing Forum* (9,09%) e *Cancer* (9,09%).

Em sua maioria, são estudos metodológicos consistentes, ou seja, 14 experimentos clássicos (63,63%); mas, também foram identificados sete estudos exploratórios (31,81%) e um descritivo (4,54%), modelos metodológicos freqüentes em publicações da área de Enfermagem.

### **Intervenções citadas pelos autores**

Os estudos descrevem intervenções que foram implementadas de forma individual (n=13; 59,09%) ou em grupo (n= 9; 40,9%); essas foram empregadas tanto presencialmente quanto à distância, associadas ou não a outras estratégias. Foram identificados diversos procedimentos metodológicos e formas de medidas das variáveis de interesse ou de desfecho; tais aspectos resultaram, portanto, em achados de diferentes níveis de evidências.

As intervenções individuais empregadas foram: arte terapia, ioga, sessões de educação e nutrição, meditação, massagem, espiritualidade (convicções e envolvimento espiritual e coping espiritual), apoio familiar, auto-ajuda, terapia por telefone, ventilação emocional, advogar pelo paciente e terapia comportamental/cognitiva (Tabela 1).

Já os artigos que retratam intervenções direcionadas a grupos de pacientes empregaram o grupo de apoio cognitivo-existencial,

apoio psicossocial, programa de capacitação de corpo-mente-espírito, grupo de apoio eletrônico, medicina complementar e alternativa, efeitos de participação em grupos de apoio, expressão de emoções negativas através da Internet (Tabela 2).

### **Intervenções individuais: evidências**

Dentre os estudos que programaram intervenções individuais (59,09%), 10 deles (45,45%) apresentaram evidências mais sólidas segundo o desenho metodológico adotado, ou seja, experimentos clássicos. De modo geral, nessas pesquisas experimentais, foram estudados 842 sujeitos, embora algumas utilizassem pequenas amostras (Tabela 1).

Dentre eles, sete apresentaram resultados estatisticamente significantes para a redução dos níveis de depressão, quando comparados com um grupo controle. Contudo, apesar de resultados favoráveis, um estudo com a intervenção de terapia exclusivamente por telefone (2) não apresentou redução significativa da depressão; já o estudo que adotou a intervenção de advogar em favor do paciente (31) apresentou medidas similares comparadas ao grupo controle.

Os dados dos estudos experimentais clássicos (Tabela 1) evidenciaram que as intervenções adotadas possibilitaram a melhora na qualidade de vida no uso de *coping* emocional (33), no humor (16), o maior entendimento das opções de tratamento (31), a redução de estresse (16, 27), aumento de respostas imunes (marcadores celulares) e o alcance do estado meditativo(22), a redução imediata da irritabilidade e o aumento da serotonina, dopamina e de linfócitos (21), diminuição dos sintomas depressivos e melhora dos níveis de funcionamento físico e mental (18).

Cabe ainda citar que a severidade dos sintomas depressivos apresentou relação com o número de efeitos colaterais (exceto dor e náuseas), bem como fadiga, concentração e ansiedade (26). Os sujeitos com níveis mais altos de depressão e ansiedade apresentaram índices mais altos de benefícios, que foram

**Tabela 1.** Distribuição dos artigos selecionados que empregaram intervenções individuais para redução da depressão segundo o número da referência, tipo de intervenção, tempo de aplicação, tipo de estudo, número de participantes e resultados (N= 13). Ribeirão Preto, 2007.

Estudo	Tipo de Intervenção	Tempo de uso da intervenção	Tipo de Estudo	Número de participantes	Resultado
Oster et al, 2006(15)	Arte terapia	Sessão semanal de uma hora durante cinco semanas.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 20 Grupo controle = 21	Aumento de recursos de enfrentamento após intervenção. no grupo de estudo, segundo resultados da análise de regressão linear
Culos-Reed et al, 2006(16)	Yoga	Sete semanas, com sessões variando de 60 a 75 min.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 20 Grupo controle = 18	Impacto positivo no humor e qualidade de vida, além de melhorias nas áreas de depressão, tensão, confusão e distúrbios de humor.
Arving et al, 2006(17)	Terapia cognitiva comportamental	De 01 a 23 sessões (até 6 meses), com duração de 45 a 60 min.	Experimento Clássico	Grupo enfermeiros = 60 Grupo psicólogos = 60	Efeitos positivos tanto no período de tratamento como no de reabilitação. Os benefícios somáticos foram mais altos no grupo de suporte fornecido por enfermeira de oncologia Nos pacientes com níveis mais altos de depressão e ansiedade, os benefícios informados foram mais altos.
Scheier et al, 2005(18)	Sessões de educação e nutrição	Sessão mensal de duas horas por quatro meses consecutivos.	Experimento Clássico	Educação = 70 Nutrição = 78 Grupo Controle = 76	Com o passar do tempo as participantes apresentaram menos sintomas depressivos, e melhora dos níveis de funcionamento físico e mental. Diferenças entre o grupo de educação e o grupo de nutrição não foram significantes
Hernandez-Reif et al, 2004(21)	Massagem terapia	Sessões de 30 min, três vezes por semana, durante cinco meses.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 15 Grupo Controle = 12	Os efeitos imediatos da terapia foram: redução da ansiedade, modos depressivos e irritação. Os efeitos em longo prazo incluíram redução da depressão e hostilidade, aumento dos níveis de serotonina e dopamina, e de linfócitos.
Hidderley, Holt, 2004(22)	Treinamento autogênico (Meditação)	Semanalmente, em visitas domiciliares, durante dois meses.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 16 Grupo Controle = 15	O grupo de intervenção mostrou uma forte diferença estatística de melhoria nas medidas de ansiedade e depressão, alcançaram estado meditativo e aumentaram as respostas imunes (marcadores celulares).

Estudo	Tipo de Intervenção	Tempo de uso da intervenção	Tipo de Estudo	Número de participantes	Resultado
Badger et al., 2001(26)	Auto ajuda	Cinco intervenções diferentes de auto ajuda foram empregadas durante seis semanas.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 131 Grupo Controle = 38	As intervenções reduziram significativamente fadiga, dor e carga de náusea. A carga depressiva auto relatada mostrou ser uma influência significativa na severidade e número de efeitos colaterais, carga de fadiga, concentração e ansiedade, mas não teve influência em náusea e dor. O nível de depressão interagiu com a intervenção de auto-ajuda para o efeito colateral de fadiga, mas não para o efeito de carga de dor e náusea.
Sandgren et al., 2000(27)	Terapia por telefone	Uma vez por semana durante quatro semanas, e após a cada duas semanas para mais seis sessões.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 24 Grupo Controle = 29	No grupo intervenção e grupo controle houve redução do estresse e melhora na qualidade de vida. Não foi observada redução significativa em alguns tipos de angústia (ansiedade, raiva, depressão e confusão). O grupo de intervenção mostrou melhora modesta (ansiedade e confusão) comparado ao grupo controle.
Ambler et al., 1999(31)	Advogar pelo paciente	Antes da cirurgia, após duas semanas e seis meses.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 37 Grupo Controle = 66	Embora tenha favorecido ao grupo que recebeu intervenção maior entendimento das opções de tratamento e maior envolvimento na decisão de fazer o seu tratamento, não houve redução significativa de ansiedade e depressão.
Marchioro et al., 1996(33)	Terapia cognitiva comportamental e aconselhamento familiar	Duração de nove meses, com sessões de 50 min. semanais; o aconselhamento familiar era bimensal.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 18 Grupo Controle = 18	Houve melhora na depressão e nos índices de qualidade de vida quando comparados ao grupo de controle. Melhor comportamento de coping emocional também foi revelado, em decorrência de algumas mudanças nas características de personalidade dentre os sujeitos do grupo de intervenção.
Boscaglia et al., 2005(19)	Espiritualidade	Sem intervenção pelo pesquisador.	Exploratório	N = 100	As mulheres mais jovens, diagnosticadas no último ano com doença avançada, e que usaram mais coping espiritual negativo e baixos níveis de espiritualidade tiveram maior tendência para humor deprimido. O uso de coping espiritual negativo foi associado com maior ansiedade
Maly et al., 2005(20)	Apoio familiar	Sem intervenção do pesquisador	Exploratório	N = 222	O apoio de parceiros, crianças e outros membros da família, predisseram menos ansiedade e depressão entre os participantes.
Compas et al., 1999(30)	Ventilação emocional	No diagnóstico, aos 3 e 6 meses após diagnóstico	Exploratório	N = 80	Sinais de depressão e idade tiveram correlações negativas nos 3 momentos. Ventilação emocional foi capaz de predizer elevado distress emocional em 6 meses e pode auxiliar no ajuste psicológico independente da idade.

**Tabela 2.** Distribuição dos artigos selecionados que empregaram intervenções grupais para redução da depressão segundo o número da referência, tipo de intervenção, tempo de aplicação, tipo de estudo, número de participantes e resultados (N= 9). Ribeirão Preto, 2007.

Estudo	Tipo de Intervenção	Tempo de uso da intervenção	Tipo de Estudo	Número de participantes	Resultado
Kissane et al., 2003(3)	Grupo de psicoterapia cognitivo existencial	Sessão semanal de 90 min, durante vinte semanas.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 154 Grupo Controle = 149	Para a maioria com recente diagnóstico houve melhora em coping, maior conhecimento e crescimento pessoal, e tendência de melhora na escala de ansiedade.
Targ, Levine, 2002(24)	Grupo de psicoterapia padrão e grupo (psico-educacional) com medicina complementar alternativa (mente-corpo-espírito)	12 semanas (Grupo Intervenção: duas sessões semanais de 2:30 hs; Grupo Controle: 1:30 hs, uma sessão por semana)	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 93 Grupo Controle = 88	O grupo experimental apresentou melhora na qualidade de vida, diminuição significativa de angústia, ansiedade e depressão, aumento de espiritualidade; referiram satisfação com a estratégia e diminuição do uso de medicamentos psiquiátricos.
Simpson et al., 2001(25)	Grupo de apoio com psicoterapia	Sessões grupais de 90 min, por seis semanas.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 46 Grupo Controle = 43	O Grupo de intervenção apresentou menor depressão e distúrbios de humor, melhora da qualidade de vida, e diminuição dos sintomas psiquiátricos.
Fukui et al., 2000(28)	Grupo de apoio psicossocial com aproximação cognitivo comportamental contendo Educação em saúde, treino de habilidades de coping, manejo de stress e suporte psicológico	Sessão semanal de 1:30 min, durante seis semanas.	Experimento Clássico	Grupo intervenção = 23 Grupo Controle = 23	O grupo de intervenção apresentou diminuição significativa nas escalas de ansiedade e depressão, contagens significativamente mais baixas para perturbação de humor e espírito lutador ao final da intervenção e, nos seis meses de seguimento.

Estudo	Tipo de Intervenção	Tempo de uso da intervenção	Tipo de Estudo	Número de participantes	Resultado
Kinney et al., 2003(2)	Programa de capacitação de mente, corpo e espírito (grupo de apoio)	Sessões semanais com duração de três horas durante doze semanas.	Exploratório	N = 51	Houve melhorias nas auto-avaliações dos participantes para saúde e bem-estar nas quatro medidas quantitativas. Após intervenção houve redução de depressão e maior qualidade geral de vida e de bem-estar espiritual.
Lieberman, Goldstein, 2006(14)	Troca de informações, conselhos, suporte e experiências através de escrita e leitura em grupo eletrônico.	Ao entrar no estudo e seis meses após.	Exploratório	N = 52	Em mulheres que expressaram raiva e tristeza houve tendência para baixa depressão e alta qualidade de vida, enquanto a expressão de medo e ansiedade foi associada à menor qualidade de vida e maior depressão.
Lieberman et al., 2003(23)	Grupo de apoio eletrônico	Sessão de 1:30 min por semana, durante 16 semanas.	Exploratório	N = 32	Houve redução significativa de depressão e dor, tendência para aumento nas sub-escalas de novas possibilidades e espiritualidade.
Spiegel et al., 1999(29)	Grupo de apoio psicoterapia expressivo encorajador	Sessão semanal de 90 min, por doze semanas.	Exploratório	N = 92	Houve diminuição significativa de distúrbio de humor, angústia emocional, ansiedade e depressão.
Stevens, Duttlinger, 1998(32)	Efeitos da participação em grupos de apoio	Sessão semanal de até 90 min. Não foi possível identificar a duração das terapias.	Descritivo	Membros estáveis em grupos de apoio = 15 Novos membros de grupos de apoio = 12 Sem participação em grupos de apoio = 11	Os participantes estáveis no grupo apresentaram menos ansiedade, depressão, tensão e agressão e manifestaram melhor ajustamento que os novos, evidenciando efeitos da experiência, para promover coping, coesão do grupo, significado de envolvimento.



tanto durante a quimioterapia eletiva como no período de reabilitação (17).

Ainda, considerando os demais modelos de pesquisa, foram identificados três estudos (13,63%) com desenhos exploratórios (Tabela 1), que abordaram a espiritualidade, o apoio familiar e a ventilação emocional. Estes artigos utilizaram amostras variando de 80 a 222 participantes, totalizando 402 participantes estudados. Os dados obtidos sugerem que o uso destas intervenções pode ser eficaz na redução da depressão em mulheres com câncer. Destaca-se ainda, associação entre depressão e baixos níveis de espiritualidade (19). Já os pacientes que contaram com o apoio de parceiros, familiares ou filhos (20) ou fizeram uso de ventilação de problemas emocionais (30).

### **Intervenções grupais: evidências**

Dentre as intervenções em grupos, foram identificados estudos utilizando experimento clássico, descritivo e método exploratório. Os estudos apresentaram ampla variação no tamanho das amostras (Tabela 2).

As evidências mais sólidas constam nos estudos experimentais, randomizados e controlados que empregaram grupos de apoio focados na psicoterapia cognitivo existencial, medicina complementar e alternativa comparada a psicoterapia padrão, psicoterapia e apoio psicossocial com aproximação cognitivo comportamental. Foram estudados 619 pacientes empregando-se tais intervenções.

Os resultados apresentados mostraram que estas terapias são eficazes na redução da depressão em mulheres com câncer comparadas ao grupo controle; possibilitaram menor nível de angústia, maior nível de espiritualidade, menor uso de medicamentos psiquiátricos(24); maior conhecimento e crescimento pessoal (3), menor ansiedade (3, 24, 28) , ou menos sintomas psiquiátricos e melhor qualidade de vida (25), e maior espírito lutador (28).

Os estudos exploratórios e o descritivo implementaram intervenções grupais com

diferentes abordagens: grupo de capacitação de mente-corpo-espírito, grupo de apoio com uso de tecnologia eletrônica, psicoterapia expressivo encorajador e grupo de apoio padrão (2, 14, 23, 29, 32). Tais estudos compreenderam 265 pacientes.

As intervenções levaram à diminuição significativa dos níveis de depressão dos participantes. Apontaram ainda a redução de reações à dor (14), da angústia (29) e da tensão e agressão (32); por outro lado, o aumento da espiritualidade (14), da auto-avaliação para a saúde, bem estar espiritual e qualidade de vida (2) e reconhecimento e enfrentamento da situação (32). Um estudo foi realizado através da Internet (14), e a terapia implementada mostrou-se efetiva na redução da depressão e melhora na qualidade de vida; destacam-se a tendência de associação positiva entre baixo grau de ansiedade com raiva e tristeza e, ainda, associação entre alto grau de depressão com medo, ansiedade e menor qualidade de vida.

### **Intervenção grupal versus intervenção individual**

Vários estudos demonstraram efeitos positivos de terapias grupais como intervenções para variáveis psicológicas como humor, dor, ansiedade e ajustamento (28-29), sendo esses resultados menos otimistas nas terapias individuais.

A terapia de grupo tem três vantagens: diminui o isolamento social; oferece suporte mútuo aumentando o sentimento de ser útil ao outro; tem uma boa relação custo-benefício(20); é considerada melhor que as individuais e mais efetiva (28). As intervenções de grupo também parecem adequadas para ampliar recursos não cognitivos como percepção e movimentos corporais, exploração espiritual e trabalhos artísticos (24). Os resultados positivos dos grupos de apoio semi-estruturados são maiores que os não diretos (32).

Suporte social é ensinado para conter os impactos adversos físicos e psicológicos da

doença e promover adaptação; as pesquisas mostram que tal estratégia influencia o estado de saúde de pessoas com câncer (32). Nesse sentido, vários tipos de intervenções podem ser efetivas para promover coping em mulheres portadoras de depressão e câncer. É importante que o enfermeiro conheça essas intervenções e as empregue como terapia complementar ou alternativa ao tratamento convencional, visando a ampliar os mecanismos de *coping* de mulheres portadoras de câncer.

Contudo, nem todos os pacientes se sentem confortáveis em intervenções grupais(32); sugere-se, nesses casos, que os serviços ofereçam alternativas individuais ou grupais com presença de familiares do paciente, com o objetivo de promover o atendimento das necessidades particulares de cada indivíduo. Quando a utilização da internet é proposta para intervenções de apoio individual ou grupal, deve-se considerar os recursos necessários do usuário e do equipamento, como variáveis importantes (23).

Ainda são necessários estudos com modelos prospectivos empregando grupos de apoio, com sujeitos portadores de câncer e com outras doenças sérias, e elaborados com medidas precisas de variáveis ainda pouco estudadas como o envolvimento no grupo, características pessoais, entre outras (32).

### **Duração da intervenção**

Um dos aspectos apontados diz respeito à duração das intervenções, periodicidade e duração do tratamento global. As sessões variaram de 30 min a três horas, sendo as terapias grupais geralmente as mais longas; ainda foram referidas desde sessão semanal até uma sessão a cada dois meses. Quanto ao período global de tratamento, as terapias foram empregadas durante quatro semanas, no início do tratamento, a até nove meses para as intervenções individuais e de seis a vinte semanas para as intervenções grupais. Cabe ainda destacar que alguns estudos não mencionam intervenções.

### **A participação do enfermeiro nas intervenções estudadas**

Em nove estudos (40,9%) houve a participação ativa de enfermeiros nas intervenções empregadas (2-3, 17, 18, 24, 26, 29, 31-32). A influência da categoria profissional do terapeuta foi comentada em um estudo (17) ao comparar o desempenho dos sujeitos quando o terapeuta era enfermeiro ou outro profissional; o autor menciona ser o grupo de pacientes conduzido por enfermeiro o que apresentou melhores escores.

Em outros quatro artigos, publicados por enfermeiros, não fica claro se estes profissionais atuaram nas terapias (15, 20, 22, 27). Em um deles (27), além de participar da publicação o profissional de enfermagem forneceu orientação sobre câncer de mama aos terapeutas.

A contribuição do emprego de enfermeiros em intervenções para redução de depressão e a portadoras de câncer os credenciam a desenvolver tais estratégias, bem como devem ser estimulados a realizá-las, naqueles serviços que ainda não contam com tal assistência.

## **DISCUSSÃO**

Em relação aos tipos de estudos realizados, em sua maioria, trataram de pesquisas experimentais; estudos com esse desenho metodológico são considerados os mais apropriados para avaliação de eficácia de intervenções, propiciam a escolha da melhor evidência que fundamente a prática (34-35) assegurando que as diferenças nos resultados entre os grupos estudados são decorrentes da intervenção testada (36).

Considerando que o câncer em mulheres apresenta expressiva incidência mundial, que causa severas alterações clínicas e emocionais e que existe a necessidade de se intervir nesse processo para prevenir e tratar suas consequências, incluindo dentre elas a depressão relacionada ao câncer, o número de estudos

identificados (n=22) parece incipiente mediante a importância da temática. Tal achado retrata o perfil de publicações internacionais, uma vez que, embora o câncer no Brasil seja uma realidade assim como em outros países, não localizamos estudos que descrevam o trabalho de enfermeiros com essa clientela, apesar de saber que na prática alguns enfermeiros têm trabalhado com mulheres com câncer.

Quanto às intervenções, a mais utilizada em mulheres com depressão foi a psicoterapia, empregada individualmente ou em grupos. Entretanto, as intervenções grupais estiveram mais presentes nos artigos; corroborando com os achados da literatura, as intervenções de grupo proporcionam resultados significativos melhorando o estado emocional (depressão e ansiedade), melhor *coping* e melhor qualidade de vida (37), reforçando resultados mais favoráveis quando empregadas (38).

Entretanto, ao se propor a estratégia, grupal ou individual, o enfermeiro deve estar atento aos aspectos culturais dos pacientes e de seus familiares, que usualmente o acompanham neste processo; o êxito da aceitação e continuidade das terapias pode estar na dependência de experiências anteriores com atividades grupais ou individuais dos pacientes, como também na habilidade e domínio do profissional com tais recursos terapêuticos.

Há evidências de que os tipos de *coping* empregados durante a fase de diagnóstico, após 3 meses e aos 6 meses variam; em especial, a efetividade dos modos centrados na resolução do problema não apresenta alterações no processo evolutivo do tratamento, já os centrado na emoção, quando não empregados, aumentam o *distress* tanto na fase do diagnóstico como aos 6 meses de evolução da patologia(5). Portanto, é recomendável a introdução precoce dessas intervenções bem como empregá-las durante todo o período de terapia adjuvante, pois sintomas de depressão, dentre outros, podem reaparecer ao longo

do processo evolutivo, por uso de *coping* mal adaptativos. No presente estudo são relatados emprego das estratégias desde as primeiras semanas até a nove meses de tratamento. Contudo, o uso da estratégia grupal foi por um período mais longo.

A participação ativa do enfermeiro em nove publicações sugere que esse profissional pode ter uma participação significativa no trabalho com mulheres em situação de depressão relacionada ao câncer. Além disso, sabendo que o enfermeiro é possivelmente o profissional da saúde que está mais envolvido com o ensino de pacientes parece imprescindível que ele conheça e utilize intervenções (principalmente grupais) para apoiar as pacientes com câncer e ensinar como melhorar as estratégias de *coping* frente aos problemas psicossociais enfrentados. Atualmente, existe uma tendência mundial de utilizar enfermeiros especializados no cuidado de mulheres com câncer de mama; acredita-se que esse profissional possa trabalhar efetivamente dando suporte à cliente, colaborando com outros profissionais da saúde, coordenando o cuidado e proporcionando ensino para uma melhor qualidade de vida às sobreviventes (39).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emprego das diferentes intervenções individual ou grupal para promover o *coping* no enfrentamento da depressão, em mulheres portadoras de câncer, tem se mostrado um campo de atuação de enfermeiros, com resultados positivos na qualidade de vida dessas pacientes. Retrata, contudo ainda vários vazios de conhecimentos, especialmente no Brasil, e um vasto campo de atuação tanto na assistência como na pesquisa. Dada sua relevância, a incidência de câncer em mulheres e as opções de contribuição durante esse processo da doença para minimizá-lo, esta área requer atenção especial dos profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008 - Incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: INCA; [acesso em 20 jun 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
2. Kinney CK, Rodgers DM, Nash KA, Bray CO. Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal of Holistic Nursing* 2003; 21 (3): 260-279.
3. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, Love A, Ranieri N, Mckenzie D. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 532-546.
4. Zabora JR, Blanchard CG, Smith ED et al. Prevalence of psychosocial distress among cancer patients across the disease continuum. *J Psychosoc Oncol* 1997; 15 (2): 73-86.
5. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, Krag DN. Psychological adjustment in breast cancer: Process of emotional distress. *Health Psychology* 1999; 18(4): 315-326.
6. Li BD, Brown WA, Ampil FL, Burton GV, Yu H, McDonald JC. Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Ann Surg* 2000; 231 (6): 883-889.
7. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88 (5): 658-65.
8. Lazzarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
9. Hammer AL, Marting MS. Manual for the Coping Resources Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988: p. 2.
10. Walker MS, Ristvedt SL, Haughey BH. Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psycho-Oncology* 2003; 12 (3): 291-300.
11. Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEn nº 197 aprovada em 19 em 19/3/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo (SP). 1997.
12. Straus E. Medicina complementar e alternativa. In: L. Goldman; D. Ausiello (eds) - Cecil tratado de medicina interna. 22ª ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2005: p.195-200.
13. Castro AA. Revisão sistemática e meta análise. *Compacta - Temas de Cardiologia* 2001; 3 (1): 5-9.
14. Lieberman MA, Goldstein BA. Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2006; 15 (2):160-168.
15. Oster I, Svensk AC, Magnusson E, Thyme KE, Sjödin M, Astrom S, et al. Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative and Supportive Care* 2006; 4 (1): 57-64.
16. Culos-Reed SN, Carlson LE, Daroux LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psycho-Oncology* 2006; 15 (10): 891-897.
17. Arving C, Sjöden PO, Bergh J, Lindström AT, Wasteson E, Glimelius B, Brandberg Y. Satisfaction, utilization and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- a randomized study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling* 2006; 62 (2): 235-243.

18. Scheier MF, Helgison VS, Schulz R, Colvin S, Berga S, Bridges MW, et al. Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23 (19): 4298-4311.
19. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quim MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer* 2005; 15 (5): 755-761.
20. Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA. Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. *Psycho-Oncology* 2005; 14 (7): 535-545.
21. Hernández-Reif M, Ironson G, Field T, Hurley J, Katz G, Diego M, et al. Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57 (1): 45-52.
22. Hilderley M, Holt M. A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *European Journal of Oncology Nursing* 2004; 8 (1): 65-65.
23. Lieberman MA, Golant M, Glese-Davis J, Winzlenberg A, Benjamin H, Humphreys K, et al. Electronic support groups for breast carcinoma. *Cancer* 2003; 97 (4): 920-925.
24. Targ EF, Levine EG. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry* 2002; 24 (4): 238-248.
25. Simpson JSA, Carlson LE, Trew ME. Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Pract* 2001; 9 (1): 19-26.
26. Badger TA, Braden CJ, Mishel MH. Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28 (3): 567-574.
27. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27 (4): 683-688.
28. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: A randomized controlled trial. *Cancer* 2000; 89 (5): 1026-1036.
29. Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott PB, Mudaliar N, et al. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology* 1999; 8 (6): 482-493.
30. Compas BE, Stoll MF, Thomsen AH, Oppedisano G, Epping-Jordan JE, Krag DN. Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment* 1999; 54: 195-203.
31. Ambler N, Rumsey N, Harcourt D, Khan F, Cawthorn S, Barker J. Specialist nurse counsellor interventions at the time diagnosis of breast cancer: comparing 'advocacy' with a conventional approach. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29 (2): 445-453.
32. Stevens MJ, Duttlinger JE. Correlates of participation in a breast cancer support group. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 45 (3): 263-275.
33. Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E, et al. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer* 1996; 32 (9): 1612-1615.
34. Grey M. Desenhos experimentais e quase experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ed. Rio de

- Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.98-109.
35. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências Rev Esc Enferm USP 2003; 37 (4): 43-50.
36. Dicenso A, Cullum N. Implementing evidence based nursing: some misconceptions. Evid Based Nurs 1998; 1 (2): 38-40.
37. Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez PD, Juando C. Nursing and câncer support groups. Journal of Advanced Nursing 2005; 51 (4): 369-381.
38. Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. Cancer 1990; 66: 1422-1426.
39. Yates P, Evans A, Moore A, Heartfield M, Gibson T, Luxford K. Competency standards and educational requirements for specialist breast nurses in Australia. Collegian 2007; 14 (1):11-15.