

ABORDAGEM DA DOENÇA ONCÓLOGICA: ESTUDO DE VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Seminário de Investigação em Psicologia Clínica
Departamento de Psicologia da ULHT

(Junho 2001)

Estela Alexandra Neves Landeiro

Aluna da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Departamento de Psicologia

Orientador:
Dr. José Brites

Coordenador:
Prof. Doutor Américo Baptista

Contacto da autora:
estelalandeiro@hotmail.com

RESUMO

A presente investigação teve como objectivo avaliar as estratégias de coping, a expressividade emocional, o padrão de comportamento tipo C e a severidade de psicopatologia, por sexo em doentes oncológicos do Serviço de Quimioterapia do Hospital de Santo António dos Capuchos. Neste estudo, participaram 60 indivíduos de ambos os sexos, 30 de sexo feminino e 30 do sexo masculino, com uma média de idades de 62 anos. Os resultados obtidos revelaram maior afectividade negativa e defensividade emocional, para os doentes do sexo feminino, bem como maiores índices de severidade de psicopatologia. Os resultados revelaram ainda que, maior defensividade emocional, maior procura e compreensão da informação médica e menor atitude positiva funcionam como factores preditores para a severidade de psicopatologia. Estes resultados foram discutidos e analisados de acordo com a literatura.

Palavras-chave: Doença oncológica, estratégias de coping, expressividade emocional, padrão de comportamento tipo C e severidade psicopatológica

A incidência de doenças oncológicas continua a aumentar em todo o mundo. Esta é uma doença que ainda é temida devido à morbilidade geral que provoca (Amado, Augusto & Calheiros, 1989).

Tudo se inicia na transformação de uma célula normal para uma célula maligna, isto porque se deu um disfuncionamento na divisão celular. Numa fase mais progressiva é caracterizada por uma fragilização das defesas do organismo, que permitem a aparição do cancro sob a forma de metastases (Reynaert, Libert & Janne, 2000).

Alguns estudos indicaram que o *stress*, o *coping*, a depressão, o padrão de comportamento tipo C, e o suporte social têm repercussões importantes no sistema imunitário, que por sua vez influenciam o aparecimento e evolução do cancro (Faragher & Cooper, 1997; Reynaert, Libert & Janne, 2000). Ou seja, as ligações entre aspectos psicológicos e cancro são extremamente complexas (Reynaert, Libert & Janne, 2000). Koh e Lee (1998), comprovaram-no num estudo em que pacientes com desordem de ansiedade sofriam uma diminuição das células imunitárias. Os autores concluíram que desta forma eventos negativos conduzem a estados afectivos negativos, que poderão estar relacionados com alterações imunitárias.

Quando toma conhecimento do diagnóstico, o indivíduo pode reagir de forma construtiva, aumentando os recursos para lidar com a situação (*coping* focado no problema), ou então tentar controlar a resposta emocional de *stress*, como tentativa de alívio da tensão (*coping* focado na emoção), utilizando a negação e o evitamento, por vezes associado a alguma racionalização e pobre ajustamento (Barros, Lobo, Trindade & Teixeira, 1996).

Também o optimismo pode influenciar as estratégias de *coping* a utilizar. Este, é definido como uma expectativa generalizada de que o que surgir futuramente será positivo (Lauver & Tak, 1995).

O optimismo está associado com o uso de estratégias de *coping* adaptativas, ou focadas no problema (tais como procurar aconselhamento; decidir onde procurar cuidados), e ainda na promoção de um melhor bem estar psicológico e físico (Chang, Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1997). Tal como um planeamento mais activo, com melhor aceitação; as pessoas mais optimistas desistem menos e negam menos durante o tratamento inicial, e apresentam maior qualidade da vida sexual e menos pensamentos intrusivos (Lauver & Tak, 1995).

Pelo contrário, o pessimismo está associado ao uso de estratégias de *coping* desadaptativas, e com a doença psicológica e física. Desta forma, podemos considerar o pessimismo e o optimismo como indicadores de ajustamento emocional. Da mesma forma, o optimismo está associado positivamente com a afectividade positiva e o pessimismo com a depressão e afectividade negativa (Chang, Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1997). Esta está relacionada com auto-descrições de *stress* e *coping* pobre, queixas de saúde e maior frequência de eventos

desagradáveis. Enquanto, a afectividade positiva está relacionada com actividades sociais, satisfação e maior frequência de acontecimentos agradáveis (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

O ajustamento ao cancro pode ser verificado em termos do comportamento, cognições e respostas emocionais que o indivíduo apresenta. As várias formas desse ajustamento são definidas como estratégias de coping (Nordin & Glimelius, 1998).

Geda (1996), demonstrou que os estilos de coping, que procuram interpretar, integrar e dar significado às experiências pessoais, estão associados a uma maior resistência aos efeitos negativos dos stressores do meio externo e interno, parecendo contribuir para manter o equilíbrio físico interno associado à saúde.

Para Cooper e Faragher (1992), o recurso a várias estratégias aparentam dar um melhor diagnóstico, no entanto, em situações geradoras de stress as pessoas não adoptam grande número de estratégias, e por sua vez, as usadas podem não ser as melhores. A idade, pode ter um peso importante na selecção das estratégias usadas. Com o aumento da idade, o número de estratégias de coping diminui, tal como a capacidade de lidar com a doença.

Também para Rowland (2000), é importante a idade do indivíduo, porque, esta vai influenciar o seu ajustamento emocional. O momento em que a doença é diagnosticada no ciclo da vida é um factor a ter em conta no ajustamento psicológico do doente e nas estratégias de coping a usar. O impacto psicológico do cancro é influenciado por outras características: personalidade, género, objectivos, suporte social, estatuto sócio-económico, história anterior de perdas ou de doença psiquiátrica, crenças socio-culturais e do próprio stressor e pessimismo (Holland & Rowland, 2000).

Num estudo realizado por Merluzzi e Sanchez (1997), com o objectivo de medir a auto-eficácia para o cancro, concluíram que os indivíduos mais velhos, mostraram maior confiança em lidar com os efeitos secundários da doença, mantendo uma atitude mais positiva, e usando a expressividade emocional e a negação para regular o afecto comparativamente com os indivíduos mais jovens.

Em 1996, num estudo realizado por Geda, onde se propunha estudar as relações entre factores psicossociais e estados de saúde concluiu-se que, não é o uso de mecanismos de controlo das emoções da ansiedade e hostilidade nas relações interpessoais que tornam o indivíduo menos saudável, mas é a intensidade do seu uso, que o torna vulnerável à doença ou à sua propagação. A inibição da expressão da ansiedade e da hostilidade não é em si nociva para a saúde, porque, aparentemente todos os indivíduos recorrem a este mecanismo defensivo. No entanto, os resultados apontam para que o tipo de coping caracterizado por um sentimento interno de coerência está associado a bons níveis de saúde (Geda, 1996).

Daí a importância de conhecer as estratégias usadas por cada indivíduo numa situação stressante, e a sua habilidade de se ajustar a essa situação é um determinante importante, para o bem estar (Cooper & Faragher, 1992). Por exemplo, os níveis de psicopatologia podem fornecer

indicadores sobre os mecanismos envolvidos no coping. Os que se adaptam melhor à doença tendem a demonstrar uma atitude mais otimista, procurando toda a informação (Evans, Thompson, Browne, Barr & Barton, 1993) como suporte informacional é bastante útil, e com implicações importantes no decorrer da doença (Holland & Rowland, 2000).

Assim, como a expressividade emocional, que está associada a um melhor ajustamento. Ao invés, a inibição ou controlo emocional tem consequências psicológicas e emocionais, mas neste caso negativas (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter & Foreman, 1999).

Um estudo realizado por Cooper e Faragher (1990), demonstrou que as mulheres com cancro da mama têm dificuldade em expressar os sentimentos, são pouco acessíveis e tendem a evitar conflitos em prol de um clima harmonioso. Mas, também dizem ser mais auto-suficientes, altruístas, sacrificam-se mais pela família e demonstram menor agressividade.

Cooper e Faragher (1993), referiram que as mulheres baixam os níveis de agressividade e exibicionismo, mas aumentam os níveis de depressão, isolamento, introversão, revelando-se mais tímidas, menos assertivas, com dificuldade em exprimir sentimentos, menos competitivas, e com tendência a suprimir sentimentos de raiva. E na tentativa de se protegerem usam muitas vezes a negação, por isso muitas vezes negam ajuda especializada.

A negação permite à pessoa escapar a sentimentos de raiva e depressão. Mas por outro lado, a sua expressão permitira uma descarga catártica que seria benéfica (Merluzzi & Sanchez, 1997).

No entanto, num curto período de tempo, o evitamento pode ser bom, porque permite ao indivíduo a maximização de respostas de coping activo (Lutgendorf, Anderson, Rothrock, Buller, Sood & Sorosky, 2000).

A adaptação psicossocial à doença e o seu progresso é substancialmente comandado pela capacidade do paciente em cooperar com os problemas que surgem. Pacientes com estratégias de coping adaptativas aceitam melhor a doença e sentem-se capazes de continuar a dar apoio à família, de procurar apoio social e emocional e esforçar-se para manter o auto-controlo sobre a doença. Por outro lado, pacientes com uma pobre adaptação à doença usam estratégias de coping menos favoráveis. A ruminação, a resignação, a revolta, a culpa, e a agressividade são características de indivíduos com fraca adaptação à doença (Edgar, Ladislav & Schaffner, 1997).

Kune, Kune, Watson, e Bahnson (1991), relembram a existência de dois tipos de padrão de comportamento, que se caracterizam de forma oposta e que podem estar relacionados com o desenvolvimento de doenças cancerígenas. O padrão de comportamento tipo A, que se caracteriza por expressar hostilidade e raiva, e que é mais propenso às doenças do foro cardiovascular (Geada 1996), e o padrão de comportamento tipo C, que se caracteriza por reprimir sentimentos, com tendência a se auto prejudicar em função de um clima de harmonia e cooperação, e é mais propenso às doenças cancerígenas (Reynaert, Libert & Janne, 2000). Com o diagnóstico de cancro, uma pessoa com personalidade tipo C pode expor uma crónica e escondida desesperança. A defensividade emocional, o fatalismo, a desesperança e a morbidade

psicológica estão relacionadas e são componentes importantes do padrão de comportamento tipo C (Watson, Greer, Rawden, Gorman, Robertson, Bliss & Tunmore, 1991).

Estudos concluem que existem aspectos da personalidade que estão correlacionados com o cancro da mama, visto que certos aspectos do comportamento parecem estar associados à doença: coping pobre, introversão e suporte social limitado (Cooper & Faragher, 1990; 1997).

Outros autores, encontraram uma relação positiva entre certas dimensões da personalidade (e.g. espírito lutador) e ajustamento em indivíduos com diferentes tipos de diagnóstico de cancro, mas estes factores podem estar determinados por variáveis como o tipo de tratamento físico (Evans, Thompson, Browne, Barr & Barton, 1993).

Quando existe uma doença física há não só a doença em si, mas as suas implicações psicológicas, e ainda factores indutores de stress como é o caso da quimioterapia, que produz uma morbidade substancial (Lutgendorf, Anderson, Rothrock, Buller, Sood & Sorosky, 2000), e que requer um esforço de adaptação e de mobilização no indivíduo de estratégias de confronto com o stress (Barros, Lobo, Trindade & teixeira, 1996).

Num estudo desenvolvido por Santos, Santos e Abrantes (1996), sobre psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes do sexo feminino, concluíram que mais de metade das doentes apresentam níveis de depressão e ansiedade moderados a graves e que o tempo de duração da doença e da quimioterapia predispunham a uma vulnerabilidade psicopatológica para a depressão. Verificaram também que à medida que a doença evolui, a gravidade da depressão aumenta, o mesmo não se verificando em relação à ansiedade.

Também Khouzam, Monteiro e Gerken (1998), encontraram que 70 a 80% dos pacientes que receberam quimioterapia experienciaram náusea ou vômito, e 10 a 44% náusea ou vômito antecipatório, destes estudos conclui-se, que existe uma diminuição acentuada de interesses em actividades e prazeres, tal um grande número de queixas de falta de apetite, ansiedade, fadiga constante, desesperança, depressão, sensibilidade interpessoal, diminuição da habilidade para pensar, podendo no entanto negar-se a ideação suicida para o sexo feminino, mas não para o sexo masculino. Estes factores contribuem para o estabelecimento da vulnerabilidade psicopatológica.

Assim, grande parte dos pacientes de ambos os sexos com doenças cancerígenas manifestam perturbações psicopatológicas, sendo a depressão e a ansiedade o sintoma central, no entanto, é necessário ter em conta o tipo de neoplasia e o tratamento (Santos, Santos & Abrantes, 1996).

Assim, com o objectivo de avaliar as estratégias de coping a expressividade emocional, o padrão de comportamento e a severidade de psicopatologia, foram colocadas as seguintes hipóteses: as mulheres apresentam níveis de severidade psicopatológica mais elevada do que os homens, bem como maior afectividade negativa, necessidade de harmonia e mais estratégias de coping; a afectividade negativa e o pessimismo associam-se de modo directo ao aumento de intensidade de sintomatologia psicopatológica para ambos os sexos; o auto-sacrifício associa-se

directamente com o aumento do Índice Global de Sintomas (IGS) do sexo feminino; a procura de apoio e a idade estão correlacionados negativamente com o aumento da severidade de psicopatologia para ambos os sexos; pretende-se ainda verificar quais as variáveis preditoras da intensidade de severidade de psicopatologia para a amostra total.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 60 doentes oncológicos, 30 mulheres e 30 homens [$t(58)=-.126; p>0.05$], com uma média de idades de 61.9 anos (DP=11.2). A média de anos de escolaridade é de 4.8 (DP=3.4), [$t(58)=1.056; p>0.05$], sendo a maioria dos indivíduos casados ($n=46; \%=76.7$) e reformados ($n=40; \%=66.7$).

Medidas

Os Dados relativos à doença foram avaliados segundo um conjunto de questões previamente elaboradas, tais como: localização da doença, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e número de tratamentos.

A Severidade de Psicopatologia foi avaliado pela Lista de Sintomas de Hopkins-Revista (SCL-90-R; Derogatis; 1977), constituída por 90 itens que medem sintomas de desajustamento emocional. O SCL 90-R subdivide-se em 9 dimensões específicas: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Cada sintoma é cotado em 5 graus, segundo a sua gravidade numa escala de Likert, variando de 0 (“nunca”) a 4 (“extremamente”). O SCL 90-R é ainda, constituída por 3 índices: o Índice Global de Sintomas que combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivos que reflecte somente o número de sintomas presentes; e o Índice de Sintomas Positivos é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Quanto às características psicométricas o SCL-90-R apresentou níveis de consistência interna avaliados pelo alfa de Cronbach, que variam entre .84 (sensibilidade interpessoal) e .90 (depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método teste-reteste, num intervalo de 1 semana, apresentou valores de correlação que variam entre .78 (hostilidade) e .90 (ansiedade fóbica), (Derogatis & Lazarus, 1994).

A Expressividade Emocional foi avaliada através do Extended Life Orientation Test (ELOT; Chang, Olivares-Maydeu, & D’Zurilla; 1995), e o Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

O ELOT é constituído por 20 itens que medem o pessimismo e o optimismo avaliados num formato de resposta de tipo Likert de 5 pontos variando de 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”).

As qualidades psicométricas do ELOT revelaram valores de consistência interna, avaliados pelo alfa de Cronbach, de .73 para o optimismo e .89 para o pessimismo (Chang, Olivares-Maydeu, & D’Zurilla, 1995).

A PANAS é constituída por 20 itens que medem duas dimensões independentes do humor: o afecto positivo e o afecto negativo, avaliadas num formato de resposta de 5 pontos variando de 1 (“nada ou ligeiramente”) a 5 (“extremamente”).

As características psicométricas, quanto à consistência interna, revelaram valores alfa de Cronbach de .90 para afectividade positiva e de .87 para a afectividade negativa (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

O Coping foi estudado através do Cancer Behavior Inventory (CBI-L; Merluzzi & Sanchez, 1998), constituído por 43 itens (na versão portuguesa o item 29, foi suprimido por questões éticas), que avaliam o número de estratégias de coping, durante o curso da doença e dos tratamentos, medidos numa escala de tipo de Likert de 9 pontos variando de 1 (“nada confiante”) a 9 (“totalmente confiante”). O CBI-L é subdividido em 6 sub-escalas: manter a actividade e independência, coping relacionado com os efeitos secundários do tratamento, aceitar o cancro/manter uma atitude positiva, perguntar e compreender a informação médica, regulação afectiva, e procurar apoio.

As características psicométricas, apresentaram níveis de consistência interna, avaliados pelo alfa de Cronbach, que variam entre .75 (regulação afectiva) e .89 (manter a actividade e independencia), (Merluzzi, & Sanchez, 1998).

O Padrão de comportamento tipo C foi avaliado através da Rationality-Emotional Defensiveness Scale (R/ED) e Need for Harmony Scale (N/H) desenvolvidas por Spielberger (1988).

A escala R/ED, avalia a racionalidade-emocionalidade defensiva. Quanto à Necessidade de Harmonia (N/H), pretende avaliar e medir até que ponto o indivíduo para preservar um clima pacífico e de harmonia nas relações interpessoais, reprime e abdica das suas necessidades pessoais a favor da satisfação das necessidades daqueles com quem se relaciona. Ambas as escalas possuem 12 itens, e são respondidas numa escala de Likert de 4 pontos variando de 1 (“quase nunca”) a 4 (“quase sempre”).

As características psicométricas apresentaram valores de consistência interna, avaliados pelo alfa de Cronbach, que variam entre .70 para a escala R/ED, e .76 para a N/H. Procedimento

Foi pedida a colaboração voluntária dos utentes do serviço de quimioterapia do Hospital de Santo António dos Capuchos. Após explicação sobre a natureza do estudo e esclarecimento de

dúvidas, passou-se ao preenchimento dos protocolos de avaliação, assegurando-se o anonimato e confidencialidade. Foi necessária a leitura dos itens dos protocolos, visto que alguns dos indivíduos não possuíam qualquer tipo de escolaridade, e outros alegavam pouca vontade de ler os itens.

Resultados

Os dados foram introduzidos numa base de dados e os procedimentos estatísticos foram efectuados a partir do SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 10.0 para o Windows.

Caracterização dos Dados Relativos à Doença

Com o objectivo de avaliar as diferenças entre sexos para a localização da doença, tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e número de tratamentos realizou-se um teste de associação (χ^2) para variáveis categoriais em amostras independentes.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os sexos para a localização da doença [$\chi^2(7)=24.416$; $p<0.001$]. Com os homens a revelarem mais cancro do estômago e intestino ($n=15$; $\%=25$) e as mulheres mais cancro da mama ($n=12$; $\%=20$). Foram também encontradas associações significativas para o tempo de diagnóstico [$\chi^2(4)=12.2$; $p<0.05$] e para o tipo de tratamento [$\chi^2(1)=7.9$; $p<0.01$], com ambos os sexos a revelarem mais de 2 anos de diagnóstico da doença, e a cirurgia como tipo de tratamento.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas para o tratamento [$\chi^2(1)=2.06$; $p>0.05$].

Tabela 1
 Caracterização dos dados relativos à doença

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		χ^2
	N	%	N	%	
Localização					24.416***
Mama	-	-	12	20	
Pulmão	6	10	2	3.3	
Próstata	1	1.7	-	-	
Colo/Recto	3	5.0	1	1.7	
Útero/Ovário	-	-	4	6.7	
Estômago/Intestino	15	25	8	13.3	
Cabeça	-	-	1	1.7	
Outros	5	8.3	2	3.3	
Tipo de Tratamento					
Cirurgia	23	38.3	30	50	7.9**
Radioterapia	2	3.3	5	8.3	1.45
Tratamento					2.06
Uma Vez	0	0	2	3.3	
Mais de uma	30	50	28	46.7	
Tempo diagnóstico					12.2*
Menos 2 meses	0	0	2	3.3	

Menos 6 meses	8	13.3	3	5	
Menos 1 ano	7	11.7	2	3.3	
Menos 2 anos	6	10	3	5	
Mais 2 anos	9	15	20	33.3	
	M	DP	M	DP	t
Idade	61.7	11.8	62.1	10.57	-.126
Hab. Literárias	5.2	2.8	4.3	3.9	1.056

Nota: * p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

Diferenças entre os sexos para as Estratégias de Coping, Expressividade Emocional, Padrão de Comportamento e Severidade de Psicopatologia

Com o objectivo de avaliar as diferenças entre sexos para as dimensões psicológicas estudadas realizou-se um teste de diferenças t de Student, para amostras independentes, ver tabela 2.

Os resultados obtidos indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a afectividade negativa [$t(58)=-2.05$; $p<0.05$], defensividade emocional [$t(58)=-2.41$; $p<0.05$], sensibilidade interpessoal [$t(58)=-2.62$; $p<0.05$], ansiedade [$t(58)=-2.65$; $p<0.05$], ansiedade fóbica [$t(58)=-2.44$; $p<0.05$], Índice Global de Sintomas [$t(53)=-2.28$; $p<0.05$], e Total de Sintomas Positivos [$t(58)=-2.10$; $p<0.05$], no sentido de serem as mulheres aquelas que apresentam valores médios mais elevados para estas dimensões, comparativamente com os homens.

Tabela 2

Diferenças entre sexos para as estratégias de Coping, Expressividade emocional, Padrão de comportamento tipo C e Severidade de Psicopatologia.

	<u>Sexo Masculino</u>		<u>Sexo Feminino</u>		t
	M	DP	M	DP	
CBI-L					
Manter actividade/independência	50.1	12.1	52.2	11.6	-.646
Manter atitude positiva	43.2	6.0	42.9	7.7	.186
Lidar tratamento	47.5	10.8	42.4	10.2	1.88
Procurar/compreender informação médica	35.5	11.0	36.1	11.5	-.183
Regulação afectiva	27.1	7.0	27.2	6.5	-.038
Procurar apoio	14.8	4.7	14.2	5.5	.477
PANAS					
Afectividade Positiva	30.6	5.7	31.4	6.8	-.515
Afectividade Negativa	19.5	4.4	22.2	5.6	-2.05*
ELOT					
Optimismo	20.8	1.8	21.0	1.8	-.355
Pessimismo	22.6	4.5	24.0	4.3	-1.22
R/ED					
Racionalidade	16.4	1.7	16.4	2.1	.137
Defensividade Emocional	17.5	2.8	19.1	2.5	-2.41*
N/H					
Auto-Sacrifício	16.3	1.8	19.3	2.1	.043
Relações Harmoniosas	22.9	32.3	23.3	2.3	-.732
SCL-90-R					
Somatização	.883	.46	1.06	.60	-1.68
Obsessões-compulsões	.993	.44	1.19	.42	-1.84

Sensibilidade Interpessoal	.488	.37	.792	.52	-2.62*
Depressão	1.16	.50	1.39	.51	-1.65
Ansiedade	.633	.34	.883	.38	-2.65*
Hostilidade	.394	.34	.333	.26	.787
Ansiedade Fóbica	.423	.49	.776	.62	-2.44*
Ideação Paranóide	.783	.47	.994	.55	-1.58
Psicoticismo	.136	.30	.220	.27	-1.13
ADDIT	8.16	3.7	9.13	3.3	-1.06
Índice Global de Sintomas	.726	.29	.910	.30	-2.28*
Total de Sintomas Positivos	33.8	12.0	40.5	13.0	-2.10*

Nota: * $p < 0.05$

Matriz de Correlações entre a intensidade de Severidade de Psicopatologia, as Estratégias de Coping, a Expressividade Emocional, o Padrão de Comportamento e a Idade

Com o objectivo de avaliar qual o grau de associação entre a intensidade de severidade de psicopatologia e as restantes variáveis do estudo foi efectuada uma análise de correlação, avaliando-se o coeficiente de correlação de Pearson, ver tabela 3.

Foram encontradas correlações negativas entre o Índice Global de Sintomas Total e manter a actividade/independência ($r = -.28; p < 0.05$), lidar com o tratamento ($r = -.27; p < 0.05$), manter uma atitude positiva ($r = -.32; p < 0.05$) e afectividade positiva ($r = -.49; p < 0.01$). Com correlações positivas temos a defensividade emocional ($r = .37; p < 0.01$), o pessimismo ($r = .44; p < 0.01$), e a afectividade negativa ($r = .58; p < 0.01$).

Para o sexo masculino encontramos correlações positivas entre o Índice Global de Sintomas, a afectividade negativa ($r = .50; p < 0.01$) e a idade ($r = .44; p < 0.05$). Uma correlação negativa foi verificada para a afectividade positiva ($r = -.54; p < 0.01$).

Para o sexo feminino foram encontradas correlações positivas para o pessimismo ($r = .67; p < 0.01$) e afectividade negativa ($r = .57; p < 0.01$). Com correlações negativas temos: lidar com o tratamento ($r = -.45; p < 0.05$), manter uma atitude positiva ($r = -.40; p < 0.05$), auto-sacrifício ($r = -.44; p < 0.01$), pessimismo ($r = -.67; p < 0.01$) e afectividade positiva ($r = -.51; p < 0.01$).

Tabela 3.

Matriz de Correlações entre as Estratégias de Coping, a Expressividade Emocional, o Padrão de Comportamento tipo C e a Idade com a Severidade de Psicopatologia para a amostra total e em função dos sexos.

	Índice Global de sintomas Total	I.G.S. Masc.	I.G.S. Fem.
CBI-L			
Manter actividade/independência	-.28	-.28	-.37
Lidar Tratamento	-.27*	.02	-.45*
Manter Atitude Positiva	-.32*	-.22	-.40*
Procurar compreender informação Médica	.10	.32	-.15
Regulação Afectiva	.17	.31	-.06
Procurar Apoio	-.17	.40	-.33
R/ED			
Racionalidade	-.06	.17	-.21
Defensividade Emocional	.37**	.33	-.21

N/H			
Auto-Sacrifício	-.13	.12	-.44**
Relações Harmoniosas	.13	.22	-.08
ELOT			
Optimismo	-.14	-.04	-.33
Pessimismo	.44**	-.20	.67**
PANAS			
Afectividade Positiva	-.49**	-.54**	-.51**
Afectividade Negativa	.58**	.50**	.57**
IDADE	.17	.44*	-.18

Nota: *p<0.05

**p<0.01

Análise de regressão linear múltipla

Realizou-se uma análise de regressão linear múltipla com todas as variáveis do estudo com o objectivo de se conhecer quais as variáveis predictoras da intensidade de severidade de psicopatologia, avaliadas pelo IGS, para a amostra total, ver tabela 5.

A análise dos resultados revelou três variáveis predictoras: defensividade emocional ($R^2=.16$; $\beta=.44$; $t=3.759$; $p<0.001$), manter uma atitude positiva ($R^2=.27$; $\beta=-.46$; $t=-3.778$; $p<0.001$), e procurar e compreender a informação médica ($R^2=.38$; $\beta=.35$; $t=2.789$; $p<0.01$), com uma variância explicada de 34% do modelo.

Tabela 4

Predictores de Severidade Psicopatologica em Doentes Oncológicos para a Amostra Total

Variável Dependente	Passos	Variáveis Independentes	R ²	R ² ajust.	β	t
IGS	1	DE	0.16	0.14	.438	3.759***
	2	MAP	0.27	0.25	-.460	-3.778***
	3	PCIM	0.38	0.34	.346	2.789**
Variância Explicada						34%

Nota: **p<0.01

***p<0.001

ED - Defensividade emocional;

MAP- Manter atitude positiva;

PCIM- Procurar e compreender a informação médica

DISCUSSÃO

Os resultados referentes às diferenças entre sexos para os níveis de severidade psicopatológica foram confirmados. As mulheres apresentam valores médios mais elevados de sensibilidade interpessoal, ansiedade, ansiedade fóbica, Índice Global de Sintomas e Total de Sintomas Positivos. Também Khouzam, Monteiro e Gerken (1998), salientam que factores como a ansiedade e a sensibilidade interpessoal contribuem para o estabelecimento de vulnerabilidade

psicopatológica. Santos, Santos e Abrantes (1996), referem ainda que grande parte dos indivíduos com doença cancerígena apresentam perturbações psicopatológicas, sendo a depressão e a ansiedade o sintoma central, no entanto, os níveis de vulnerabilidade psicopatológica tendem a aumentar com o tempo de diagnóstico, e neste caso as mulheres também apresentam mais tempo de diagnóstico da doença.

No que se refere à afectividade positiva não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tal como para as estratégias de coping. Assim, podemos concluir que para estas dimensões não existem diferenças entre homens e mulheres.

Também para a necessidade de relações harmoniosas não foram encontradas diferenças entre os sexos, o que não confirma as conclusões de Cooper e Fragher (1990), segundo estes autores, são as mulheres que tendem a evitar o conflito com o intuito de manter um clima harmonioso.

Quanto ao facto da afectividade negativa e o pessimismo estarem correlacionados com o aumento da sintomatologia para ambos os sexos, verificou-se que esta hipótese apenas se confirma relativamente à afectividade negativa, esta, encontra-se correlacionada positivamente com o aumento da sintomatologia. Quanto ao pessimismo, este aspecto não se confirmou para o sexo masculino, ou seja, para os homens o aumento do pessimismo não tem influência no aumento do Índice Global de Sintomas.

Watson, Clark e Tellegen (1988) referiram que a afectividade negativa está relacionada com o pessimismo, auto-descrições de stress, coping pobre e maior frequência de eventos desagradáveis, o que vai de encontro com a primeira hipótese.

Uma outra hipótese que se confirmou foi que o auto-sacrifício, componente importante do padrão de comportamento tipo C, está correlacionado com o aumento do Índice Global de Sintomas do sexo feminino.

De acordo com Cooper e Faragher (1990;1993), as mulheres com cancro sacrificam-se mais pela família e baixam os níveis de agressividade, aumentando os níveis de depressão, isolamento e introversão. Reynaert, Libert e Janne (2000) acrescentam ainda que pessoas com padrão de comportamento tipo C tendem a reprimir sentimentos e a se prejudicar em função de um clima de harmonia e cooperação.

Podemos concluir, que as mulheres desta amostra possuem características importantes do padrão de comportamento tipo C, em especial o auto-sacrifício (tabela 3) e a defensividade emocional (tabela 2). Nesta última tabela, as mulheres, apresentam ainda níveis mais elevados de auto-sacrifício e relações harmoniosas, comparativamente com os homens.

No que se refere à procura de apoio e à idade, verificou-se que relativamente à procura de apoio, não foram encontrados valores significativos, no entanto, Edgar, Ladislav e Schaffner

(1997), consideram a procura de apoio uma estratégia de coping adaptativa e com implicações importantes na adaptação à doença.

Relativamente à idade, verifica-se, por oposição ao esperado, uma correlação positiva entre a idade e o aumento do Índice Global de Sintomas mas, apenas do sexo masculino, ou seja, à medida que a idade dos homens aumenta o Índice Global de Sintomas também aumenta.

Isto poderá dever-se ao facto de tal como sugeriram Cooper e Faragher (1992), com o aumento da idade as estratégias de coping diminuírem, tal como a capacidade de lidar com a doença, também Holland e Rowland (2000) referem que a idade vai influenciar o ajustamento emocional à doença.

Foi ainda, verificado que a maior defensividade emocional, a maior procura e compreensão da informação médica e a menor manutenção de uma atitude positiva funcionam como factores preditores para a severidade de psicopatologia.

Factores estes, que não vão totalmente de encontro ao que é descrito na literatura, especialmente no que respeita à procura de informação. Evans, Thompson, Browne, Barr e Barton (1993), salientam que a procura de informação e uma atitude mais optimista, funcionam como estratégias de coping adaptativas, e Holland e Rowland (2000), acrescentam ainda que têm implicações úteis no decorrer da doença.

No entanto, estes resultados poderão dever-se ao facto de no serviço existir uma consulta pela qual todos os pacientes passam onde um dos objectivos é dar informação acerca dos efeitos colaterais do tratamento, esta informação poderá produzir, em alguns dos pacientes, somatização ou uma ansiedade antecipatória elevada.

Apesar desta investigação ter abarcado um número razoável de variáveis importantes no decorrer da doença, seria oportuno desenvolver mais estudos nesta área, que incluíssem outro tipo de variáveis, como por exemplo: a família, a imagem corporal, o papel da religião nas diferentes culturas, os níveis de stress pós-traumático nos sobreviventes de cancro, e claro, sem esquecer os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Amado, J., Augusto, A. & Calheiros, J. M. (1989). Epidemiologia das perturbações psicológicas em doentes cancerosos. Jornal do Médico, 23,124-126
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I. & Teixeira, J. (1996). Alexitimia, Saúde e Doença. Análise Psicológica, 2-3, 305-312
- Chang, E., Olivares, A.& D`Zurilla, T. (1997). Optimism and Pessimism as Partially Independent Constructs: Relationship to Positive and Negative Affectivity and Psychological Well-Being. Personality and Individual Differences, 23, 433-440.
- Cooper, C., Faragher, E. (1990). Type A Stress Prone Behaviour and Breast Cancer. Psychological Medicine, 20, 663-670
- Cooper, C., Faragher, E. (1992). Coping strategies and breast disorders / cancer. Psychological Medicine,22, 447-455
- Cooper, C., Faragher, E. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. Psychological Medicine,23, 653-662
- Cooper, C., Faragher, E. (1997). Correspondence. Psychological Medicine, 27, 497-499.
- Derogatis, L.R. & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. In M.E. Marnish (Ed.), The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment. UK: Erlbaum.
- Edgar, M.D., Ladislav, V. & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychological Adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. Psychosomatic Medicine, 59, 408-418.
- Evans, D., Thompson, A, Browne, G., Barr, R. & Barton, B.(1993). Factors associated with psychosocial well-being of adults with acute leukemia in remission. Journal of Clinical Psychology, 49, 153-160
- Geda, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. Análise Psicológica, 2-3, 191-201
- Holland, J.C.,Rowland, J.H. (2000). Handbook of Psychooncology: Psychological care of patients with cancer. New York: Oxford University Press.
- Khouzam, H., Monteiro, A. & Gerken, M. (1998). Remission of cancer chemotherapy-Induced Emesis during antidepressant therapy with Nefazodone. Psychosomatic Medicine, 60, 89-91.

Koh, K. & Lee, B. (1998). Reduced Lymphocyte Proliferation and Interleukin-2 Production in Anxiety Disorders. Psychosomatic Medicine, 60, 479-483.

Kune, G., Kune, S., Watson, L. & Bahnson, C. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne colorectal cancer study. Psychological Medicine, 21, 29-41

Lauver, D., Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. Nursing Research, 44, 202-206

Lutgendorf, S., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R., Sood, A. & Sorosky, J. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. Cancer, 89, 1402-1411

McCaul, K., Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., Foreman, G. (1999). Coping and Adjustment to breast Cancer. Psycho-Oncology, 8, 230-236.

Merluzzi, T. & Sanchez, M. (1997). Assessment of Self-Efficacy and Coping with Cancer: Development and Validation of the Cancer Behavior Inventory. Health Psychology, 16, 163-170.

Nordin, K. & Glimelius, B. (1998). Reactions to Gastrointestinal Cancer-variation in Mental Adjustment and Emotional Well-Being Over Time in Patients With different Prognoses. Psycho-Oncology 7, 413-423.

Reynaert, C., Libert, Y. & Janne, P. (2000). Psychogenèse du cancer: entre mythes, abus et réalité. Bull Cancer, 87, 655-664

Santos, Z., Santos, G., Abrantes, P. (1996). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, 1, 41-48.

Watson, D., Clark, L., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070.

Watson, M., Greer, S., Rawden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J., Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer. Psychological Medicine, 21, 51-57

Agradecimentos

Para terminar não poderia deixar de endereçar os meus agradecimentos à equipa e aos utentes do Serviço de Quimioterapia do Hospital de Santo António dos Capuchos, que me ajudaram a tornar este trabalho possível.