

Vanessa Souza Santana ¹
Renata Ferrarez Fernandes Lopes ²

Coping cards com pacientes oncológicos: uma proposta de instrumento psicoeducativo

Coping cards with cancer patients: using a psychoeducational instrument

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo construir um instrumento psicoeducativo para distorções cognitivas associadas à experiência do câncer, através da adaptação da técnica cartões de enfrentamento (*coping cards*) de J. Beck, identificando distorções cognitivas e psicoeducando pacientes oncológicos através de crenças neutralizadoras atuantes na reestruturação de pensamentos distorcidos. Sentenças contendo elementos associados a distorções cognitivas foram elaboradas e avaliadas em uma análise de juízes, dividida em duas partes, A (análise de distorções cognitivas) e B (análise de crenças neutralizadoras). Vinte psicólogos especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental (5 deles psicólogos hospitalares) participaram do estudo, respondendo à análise de juízes e um questionário de dados gerais, ambos informatizados. Os resultados do teste binomial ($p > 0,5$) e os alfas de Cronbach acima de 0,7 indicaram que o instrumento permite identificar distorções cognitivas e psicoeducar sobre crenças neutralizadoras relacionadas a tais distorções. Pesquisas futuras investigando a prevalência de certas distorções cognitivas nessa população poderão aprimorar o uso de estratégias mais adaptativas e a detecção de distorções limitantes do processo de ajustamento ao câncer.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Psicoeducação; Câncer.

ABSTRACT

This research aimed to build a psychoeducational instrument for cognitive distortions associated with cancer experience, by adapting the J. Beck's coping cards technique, identifying cognitive distortions and neutralizing beliefs that work in the restructuring of distorted thoughts. Sentences containing elements associated with cognitive distortions were built and synthesized in a proof of judges, divided into two parts, A (analysis of cognitive distortions) and B (analysis of neutralizing beliefs). Twenty psychologists experts in cognitive behavioral therapy (5 of them health psychologists) participated in the study, being asked to respond to Part A (22 questions) and B (22 questions) and a general data questionnaire, both computerized. The binomial test proved possible to construct the instrument, validating it as an accurate measure for the identification of cognitive distortions and neutralizing beliefs with Cronbach alpha above 0.7. Future researchs may investigate the prevalence of certain cognitive distortions in cancer patients involving the testing of this instrument, as well as improves the use of more adaptive strategies and detection of limiting beliefs to cancer coping process.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Psychoeducation; Cancer.

¹ Mestre em Psicologia Aplicada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Área de Concentração: Psicologia da Saúde/Processos Cognitivos. Psicóloga.

² Doutora em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Correspondência:

Laboratório de Psicologia Experimental
Instituto de Psicologia da Universidade
Federal de Uberlândia.
Campus Umuarama, Bloco 2C, Sala 38, Av.
Pará, 1720, Bairro Umuarama, Uberlândia,
MG - CEP 38400902

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 21 de junho de 2015. cod. 360.

Artigo aceito em 15 de janeiro de 2017.

DOI: 10.5935/1808-5687.20160003

INTRODUÇÃO

Situações com forte carga estressora envolvendo problemas de saúde como o câncer tendem a desencadear pensamentos negativos próprios ao evento, desafiando intervenções psicoterapêuticas eficazes. A sistematização de técnicas avaliativas no tratamento desses pacientes ainda é escassa, mesmo quando estudos da área apontam a prevalência tanto de pensamentos negativamente realistas quanto de cognições distorcidas entre essa população (Brothers, Yang, Strunk & Andersen, 2011; Foley, Baillie, Huxter, Price & Sinclair, 2010; Lopes, Santos & Lopes, 2008; Moorey, 2005; Piet, Würtzen & Zachariae, 2012; Silva, Aquino & Santos, 2008).

O ser humano é suscetível ao processamento distorcido, mesmo na ausência de transtorno subjacente. Esse mecanismo abre espaço para as distorções enviesarem esquemas e pensamentos desadaptando a pessoa. Um fator condicionante para isso é o limiar de estresse, variável que leva o indivíduo a sucumbir a uma ou mais cognições distorcidas em situações cotidianas. Fome, raiva, abuso de drogas, solidão, fadiga, dor, doenças, perdas profundas, falta de sono e mudanças significativas na vida deixam o indivíduo mais propenso ao estresse, e, por conseguinte, a distorções (Freeman & DeWolf, 2006).

O câncer impacta sobre o limiar de estresse individual, levando a transtornos emocionais acentuados a cada nova fase da doença - início do tratamento, recidiva e doença terminal. Em geral, as comorbidades psicológicas se concentram nestes momentos de crise, uma vez que, além de se deparar com a sensação de ameaça constante, esse paciente enfrenta um tratamento com efeitos colaterais que o afetam tanto ao nível físico quanto emocional (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2007; Fischer & Wedel, 2012).

Durante boa parte da vida crenças podem ser mantidas de maneira relativamente positiva, como crenças do tipo “*Eu sou amável*”; “*Eu sou digno*”. Entretanto, crenças centrais negativas podem ser ativadas durante situações de aflição psicológica como no adoecimento grave. Nesses momentos, a tendência geral é processar seletivamente as informações, focalizando aquelas que apoiam a crença ativada e distorcendo as informações que a contradizem (J. Beck, 1997; 2013).

Distorções cognitivas também ocorrem sob a forma de preocupações. Entre pessoas muito preocupadas, o hábito de preocupar-se está associado a um conjunto de regras mentais constantemente seguidas. Isto reforça o círculo vicioso da preocupação, o qual está no cerne de todos os transtornos de ansiedade e depressão (Leahy, 2007). Pensamentos de preocupação geralmente precedem os primeiros sinais depressivos. No transtorno de ansiedade generalizada (TAG) a principal característica da preocupação é seu caráter ruminativo, em que a pessoa também se preocupa demasiadamente por não ter controle sobre as preocupações (Cook et al., 2014).

Muitos pacientes com câncer relatam pensamentos de preocupação com a sobrevivência, o tratamento e as condições econômicas para realizá-lo, mudanças nos relacionamentos e no trabalho. De certo modo, estas preocupações fazem parte de um processo adaptativo, porém, a repetição com desconforto persistente pode ser sinal de preocupação excessiva (Moorey, 2005).

A cada fase crítica do tratamento do câncer, o limiar de estresse pode ser diminuído e, por conseguinte, as preocupações tornam-se suscetíveis ao enviesamento distorcido das informações. As crenças disfuncionais que moldam tais preocupações provocam um sofrimento desnecessário ao paciente, com constante autocrítica e responsabilização inapropriada, além de dificultar o progresso natural de ajustamento, e favorecer pensamentos distorcidos de catastrofização associados à morte (Moorey, 2005; Silva et al., 2008).

Diante de doenças crônicas, há dificuldade em aceitar a possibilidade de ter uma doença não detectada ou não detectável. Isto significa aceitar as limitações do próprio campo da saúde, em que nem sempre é possível afirmar algo com total certeza (Leahy, 2007). Este é um fato que o paciente oncológico se depara desde o diagnóstico precoce ou tardio e que leva a reações emocionais de preocupação moderada a transtornos graves, como ansiedade e depressão (Carlson et al., 2004; Fischer & Wedel, 2012; Moorey, 2005; Pasquini & Biondi, 2007).

Um método que visa motivar o enfrentamento de situações problema foi apresentado por Judith Beck (1995), por meio do que denominou *coping cards*: cartões que registram conteúdos discutidos em psicoterapia. Estes cartões seguem a mesma natureza de outras técnicas complementares aos tradicionais métodos da Terapia Cognitivo-Comportamental, e podem funcionar como lembretes de fácil acesso, com informações práticas sobre como enfrentar situações problema (J. Beck, 1995).

Em traduções para o português, o termo *coping cards* tem sido associado a cartões de enfrentamento (J. Beck, 1997; J. Beck, 2013); fichas ou cartões de autoajuda (J. Beck, 2007); lembretes (Cordioli, 2004) e cartões lembrete (Knapp et al., 2004). Apesar da diversidade de sinônimos, J. Beck (1995) delimita que *coping cards* referem-se a cartões que se destinam a três objetivos específicos: registro de pensamentos automáticos de um lado com sua respectiva resposta adaptativa do outro; listagem de estratégias comportamentais para uso em situações problemáticas; e elaboração de autoinstruções motivadoras.

Uma aplicação adaptada da técnica é proposta por Cordioli (2004) para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental, por meio de lembretes compostos por frases objetivas construídas pelo próprio terapeuta. Os lembretes servem tanto para tranquilizar o paciente quanto para ajudá-lo a controlar

seus medos e imaginações catastróficas, comuns no transtorno obsessivo compulsivo (Cordioli, 2004). Ao longo dos exercícios terapêuticos, o paciente é convidado a escolher os lembretes que possam ajudá-lo a encarar seus sintomas e transcrevê-los para o cartão lembrete. Isso ajuda-o a retomar seu grau de confiança e autocontrole, ao compreender os fenômenos mentais relacionados com o TOC separados de outros (Cordioli, 2004).

Segundo Knapp et al. (2004), o cartão lembrete (também chamado cartão de enfrentamento) é uma técnica cognitiva para identificar pressupostos e regras advindos de crenças subjacentes com o intuito de reescrevê-las. Novos pressupostos e regras mais funcionais precisam ser constantemente lembrados e gradativamente colocados no lugar dos antigos, até que o indivíduo se sinta confortável ao agir em concordância com as novas regras (Fennell, 1989, citado por Knapp et al., 2004). O uso de cartões lembrete em Terapia Cognitivo-Comportamental parece favorecer essas mudanças (Knapp et al., 2004).

Mesmo com adaptações clínicas amplamente difundidas, faltam referências na literatura sobre o uso de *coping cards* no campo de doenças crônicas como o câncer, possivelmente porque trata-se de um universo mais específico, com prevalência de cognições tanto distorcidas quanto negativamente realistas. Além disso, adaptar uma técnica para um público específico requer seguir moldes psicométricos como a validade e a precisão.

Um instrumento pode ser considerado válido quando de fato mede o que supostamente se propõe a medir, dado que ao medir itens medem-se os próprios traços latentes que representam uma teoria prévia do traço a ser testado por uma hipótese. Assim, a validade do teste é estabelecida conforme a testagem empírica da hipótese inicial (Siegal e Castellan, 2006; Pasquali, 2009; Primi, 2012). No caso deste estudo objetiva-se elaborar um instrumento de avaliação e psicoeducação de distorções cognitivas para pacientes oncológicos. Para tanto, são formuladas definições detalhadas acerca do traço ou construto (distorções cognitivas), a partir de teorias psicológicas (Terapia Cognitivo-Comportamental), pesquisa prévia, ou ainda observação sistemática do comportamento a ser estudado. Os itens que irão compor o instrumento devem ser adequados às definições associadas ao construto. Por meio de análises empíricas, selecionam-se os itens mais eficazes, ou seja, aqueles que constituem uma representação legítima dos traços latentes estudados (Pasquali, 2009).

A precisão de um teste está relacionada ao erro da medida. Devido à complexidade inerente às variáveis psicológicas, em psicometria parte-se do pressuposto de que sempre haverá variações que não refletem de maneira exata as diferenças reais do construto (Primi, 2012). Dessa forma,

adota-se como parâmetro o quanto um teste se afasta do ideal de correlação 1, a partir de um coeficiente que, quanto mais se aproximar de 1, menos erro há no teste da hipótese. Uma técnica estatística bastante utilizada para analisar a precisão do instrumento é o alfa de Cronbach, que é aplicado em uma única ocasião, a fim de verificar a consistência interna dos itens que compõem o instrumento. A ideia é demonstrar que se os itens covariam (combinam) em uma determinada ocasião, tendem a covariar em qualquer outro momento de uso do teste (Pasquali, 2009). A boa precisão de um instrumento é uma condição necessária, porém não é suficiente para se afirmar que um teste seja válido. É a validade do teste que demonstra como um construto está de fato sendo medido (Primi, 2012).

Adequar métodos psicoterápicos para o tratamento de doenças crônicas como o câncer certamente é uma meta importante para minimizar o sofrimento psíquico inerente ao processo de adoecimento (Lopes et al., 2008). Dessa forma, este estudo tem como objetivo apresentar um instrumento de avaliação e psicoeducação de distorções cognitivas no enfrentamento do câncer, ao adaptar a técnica *coping cards* (cartões de enfrentamento), construída por J. Beck (1995), com base em parâmetros psicométricos de validade e precisão descritos acima.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Vinte psicólogos experts em Terapia Cognitivo-Comportamental participaram desta pesquisa (amostra total), sendo cinco deles atuantes em Psicologia Hospitalar (subamostra), com prática clínica ou experiência em docência no Ensino Superior.

A amostra foi selecionada por conveniência, utilizando-se uma lista de contatos de cinquenta especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental. O critério de inclusão tanto para a amostra total quanto para a sub-amostra (terapeutas cognitivos comportamentais especialistas em psicologia hospitalar atuantes em serviços de oncologia) foi a resposta completa a todos os dados e questionários solicitados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário de Dados Gerais, análise de juízes parte A e análise de juízes parte B).

Na subamostra, outro critério de inclusão aplicado foi o tempo médio de experiência superior a 2 anos em Psicologia Hospitalar. A média de idade entre os juízes foi de 38 anos (DP = 8,94). A amostra total foi constituída por psicólogos que concluíram a especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental em média há 8 anos (DP = 7,9), que atuam na área clínica e/ou são professores no Ensino Superior. Dentre os juízes atuantes em serviços de oncologia, a média geral de experiência na área foi de 13 anos (DP = 10,65).

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para medir a validade e a consistência interna (precisão) do instrumento, foi utilizada uma análise de juízes dividida em duas partes, com afirmações elaboradas para representar distorções cognitivas (parte A) e crenças neutralizadoras (parte B) no contexto do câncer. Estas afirmações estão embasadas na literatura da área, isto é, em artigos e livros que tratam da Psicologia aplicada à oncologia, bem como artigos e livros referências em Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, 1976; J. Beck, 1997, 2013; Knapp et al. 2004).

A revisão do tema em literatura especializada revelou onze distorções cognitivas associadas à experiência do câncer: a) catastrofização; b) raciocínio emocional; c) polarização; d) abstração seletiva; e) leitura mental; f) rotulação; g) desqualificação do positivo; h) personalização; i) hipergeneralização; j) imperativo; k) questionalização (Brothers et al., 2011; Foley et al., 2010; Lopes et al., 2008; Moorey, 2005; Piet et al., 2012; Silva et al., 2008).

Tais distorções embasaram a construção de itens para a análise de juízes. Na análise de juízes parte A, para cada item o especialista deveria escolher apenas uma das distorções cognitivas descritas, já na análise de juízes parte B, cada item deveria ser julgado como sendo representativo ou não de crença neutralizadora para distorções cognitivas no enfrentamento do câncer.

ANÁLISE DE JUÍZES

Foram elaborados 22 itens para distorções cognitivas (representando pensamentos automáticos distorcidos) e 22 itens para crenças neutralizadoras (representando respostas adaptativas). Os itens categorizados pelos juízes como afirmações contendo distorções cognitivas (parte A) ou como afirmações contendo crenças neutralizadoras (parte B) compuseram respectivamente os lados A e B dos cartões conforme o modelo *coping card* (Pensamento Automático - Resposta Adaptativa) proposto por J. Beck (1995).

Frases como “Eu não suportarei o tratamento”, “Sinto que meu tratamento não está funcionando”, “Depois que se tem câncer não se pode fazer mais nada”, “As pessoas me olham estranho depois do diagnóstico do câncer”, “Melhorei com o tratamento, mas isso foi apenas sorte”, “Eu não devo me abalar com o diagnóstico”, são exemplos de afirmações construídas para compor itens da análise de juízes em sua parte A.

Sentenças contendo a aceitação das condições reais impostas pelo câncer, no seu diagnóstico e tratamento, bem como estratégias alternativas para o enfrentamento que minimize comorbidades psicológicas e psiquiátricas contemplaram a parte B da análise de juízes. Alguns exemplos utilizados podem ser vistos nos seguintes itens: “As pessoas quando adoecem de câncer geralmente podem ter dificuldades, mas isso não quer

dizer que eu nunca mais vou poder fazer minhas coisas. Pelo contrário, vou respeitar o tratamento, me cuidando conforme meus limites, até perceber que posso avançar mais;” “Pode ser que eu tenha dúvidas durante o tratamento. Meus pequenos avanços devem me tornar mais seguro (a). Vou me esforçar para me gratificar a cada etapa vencida.”

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na análise dos resultados utilizou-se o teste binomial unilateral para ambas as etapas da pesquisa (partes A e B). Na análise de juízes parte A, a hipótese alternativa (H1) referiu-se à probabilidade da distorção cognitiva estar presente ser maior do que a distorção estar ausente no julgamento dos juízes; na análise de juízes parte B, a hipótese alternativa (H1) referiu-se à probabilidade da neutralização da distorção cognitiva estar presente ser maior do que a neutralização da distorção estar ausente no julgamento dos juízes.

O objetivo principal do teste binomial foi verificar a probabilidade de alguma distorção estar presente na parte A do instrumento e da neutralização de uma distorção estar presente na parte B do instrumento. Por padrão, o parâmetro de probabilidade da parte A e da parte B do instrumento foi de $p > 0,5$ (Siegal & Castellan, 2006).

Também foi calculado o alfa de Cronbach para cada uma das sentenças, a fim de medir a precisão com que cada item representou a presença de distorção cognitiva (análise de juízes parte A) e de crença neutralizadora (análise de juízes parte B). Cabe destacar que o alfa de Cronbach é uma estimativa do erro da medida, por isso, alfas abaixo de 0,7 indicam itens não adequados para compor o instrumento. Isso possibilitou a comparação entre as respostas da amostra de especialistas em TCC e de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar atuantes em serviços de oncologia, subamostra que lida diretamente com pacientes com doenças crônicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANÁLISE DE JUÍZES PARTE A - DISTORÇÕES COGNITIVAS

Na Tabela 1, podemos observar os valores de p no teste binomial ($p > 0,5$) para itens indicando presença de distorções cognitivas. Nota-se que todas as sentenças apresentam algum tipo de distorção.

A Tabela 2 apresenta o alfa de Cronbach para cada um dos itens indicando com que precisão a sentença avaliou a presença de distorção cognitiva. Nota-se que nenhuma das frases que compõem a parte A do instrumento recebeu um alfa menor que 0,7, tanto para a amostra total, quanto para a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar. O alfa de Cronbach geral para a amostra total foi de $\alpha = 0,81$ e da subamostra de psicólogos hospitalares foi de $\alpha = 0,86$.

Tabela 1. Distribuição binomial dos itens para avaliar distorções cognitivas (amostra total)

Itens	Valores de p no teste binomial ($p < 0,05$)
Quando recebi o diagnóstico pensei que minha vida se tornaria terrível.	1,00
Eu não suportarei o tratamento.	1,00
Depois do câncer, sinto que não há nada pior para acontecer na minha vida.	0,99
Depois que se tem câncer não se pode fazer mais nada.	0,99
Faço o tratamento, mas nada me deixa seguro(a).	0,99
Com o diagnóstico de câncer não penso em outra coisa.	0,99
Eu passo mal no tratamento. Isso significa que não estou melhorando.	0,99
As pessoas me olham estranho depois do diagnóstico do câncer.	0,99
Eu sei que as pessoas sentem pena de mim por causa do tratamento.	0,99
O diagnóstico é uma condenação.	0,99
O tratamento é um sacrifício.	0,99
Melhorei com o tratamento, mas isso foi apenas sorte.	0,99
Dizem que estou bem, mas isso é só impressão.	0,99
Por que isso aconteceu comigo?	0,99
O que fiz para merecer isso?	0,99
Na minha família todos com o diagnóstico de câncer morrem.	0,99
Todos passam mal no tratamento.	0,99
Eu não devo me abalar com o diagnóstico.	0,99
Devo aguentar firme até o fim.	0,99
E seu eu receber outro diagnóstico de câncer?	0,99
E se o tratamento não der certo?	0,99

ANÁLISE DE JUÍZES PARTE B - CRENÇAS NEUTRALIZADORAS

A Tabela 3 apresenta os valores de p no teste binomial ($p > 0,5$) para itens indicando presença de crenças neutralizadoras. Nota-se que todas as sentenças apresentam algum tipo de neutralização para distorções cognitivas.

A Tabela 4 apresenta o alfa de Cronbach para cada um dos itens indicando com que precisão a sentença avaliou a presença de crenças neutralizadoras para distorções cognitivas. Nota-se que, assim como demonstrado na parte A, nenhuma das frases que compõem a parte B do instrumento recebeu um valor de alfa menor que 0,7, tanto para a amostra total, quanto para a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar. O valor de alfa de Cronbach geral para a amostra total foi de $\alpha = 0,85$ e da subamostra de psicólogos hospitalares foi de $\alpha = 0,93$.

Tabela 2. Coeficiente alfa de Cronbach dos itens para avaliar a presença de distorções cognitivas

Itens	Alfa de Cronbach (Amostra Total)	Alfa de Cronbach (Subamostra)
Item 1	0,81	0,87
Item 2	0,81	0,87
Item 3	0,77	0,83
Item 4	0,82	0,89
Item 5	0,80	0,87
Item 6	0,81	0,87
Item 7	0,80	0,83
Item 8	0,81	0,87
Item 9	0,80	0,87
Item 10	0,79	0,83
Item 11	0,81	0,87
Item 12	0,82	0,89
Item 13	0,77	0,83
Item 14	0,79	0,83
Item 15	0,83	0,87
Item 16	0,80	0,87
Item 17	0,79	0,83
Item 18	0,82	0,87
Item 19	0,78	0,83
Item 20	0,77	0,83
Item 21	0,82	0,89
Item 22	0,77	0,83

Os resultados quantitativos permitiram a elaboração do instrumento produto deste estudo com base em critérios psicométricos, a partir de uma adaptação da técnica *coping cards* (J. Beck, 1995) ao contexto do tratamento psicológico do paciente com câncer. Desse modo, torna-se possível elaborar *coping cards* embasados no primeiro modelo proposto por Judith Beck (Pensamento Automático - Resposta Adaptativa), num total de 22 *coping cards* contendo 22 distorções cognitivas na frente do cartão e 22 crenças neutralizadoras no verso.

Para compor o lado correspondente aos pensamentos automáticos sob a forma de distorções cognitivas (frente do cartão - lado A) foram selecionados todos os itens julgados pelos especialistas da amostra total na parte A da análise de juízes, visto que o teste binomial demonstrou índice significativo de concordância ($p > 0,5$) para presença de distorções cognitivas em todas as sentenças (Siegal & Castellan, 2006).

O verso (lado B), por sua vez, contém todos os itens julgados pelos especialistas da amostra total na parte B da análise de juízes, visto que o teste binomial indicou $p > 0,5$ (Siegal & Castellan, 2006). Ou seja, mais de 50% dos juízes concordaram que as afirmativas sobre crenças neutralizadoras cumprem o papel de fornecer respostas adaptativas para flexibilizar distorções cognitivas no enfrentamento do câncer.

Tabela 3. Distribuição binomial dos itens para avaliar crenças neutralizadoras (amostra total)

Itens	Valores de p no teste binomial ($p < 0,05$)
Item 1	0,99
Item 2	0,99
Item 3	0,99
Item 4	0,99
Item 5	1,00
Item 6	0,99
Item 7	0,99
Item 8	1,00
Item 9	0,99
Item 10	0,99
Item 11	0,99
Item 12	0,99
Item 13	0,99
Item 14	0,99
Item 15	0,99
Item 16	0,99
Item 17	1,00
Item 18	0,99
Item 19	0,99
Item 20	0,99
Item 21	0,99
Item 22	1,00

Tabela 4. Coeficiente alfa de Cronbach dos itens para avaliar a presença de crenças neutralizadoras de distorções cognitivas

Itens	Alfa de Cronbach (Amostra Total)	Alfa de Cronbach (Subamostra)
Item 1	0,90	0,95
Item 2	0,89	0,94
Item 3	0,86	0,92
Item 4	0,86	0,92
Item 5	0,88	0,94
Item 6	0,86	0,92
Item 7	0,89	0,94
Item 8	0,88	0,94
Item 9	0,86	0,92
Item 10	0,86	0,92
Item 11	0,89	0,94
Item 12	0,89	0,94
Item 13	0,86	0,92
Item 14	0,89	0,94
Item 15	0,86	0,92
Item 16	0,88	0,94
Item 17	0,89	0,94
Item 18	0,86	0,92
Item 19	0,86	0,92
Item 20	0,86	0,92
Item 21	0,88	0,94
Item 22	0,86	0,92

A porcentagem de concordância absoluta entre os juízes pode ser vista na Tabela 1 e na Tabela 3.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE JUÍZES

Conforme evidenciado, a identificação de distorções cognitivas e crenças neutralizadoras para o contexto do câncer foi bastante expressiva tanto para a amostra geral quanto para a subamostra de especialistas também em psicologia hospitalar, com valores de p variando entre 0,9 e 1,0 no teste binomial da análise de juízes parte A e da análise de juízes parte B.

Os dados gerais de alfa de Cronbach demonstram que o erro da medida, comum a qualquer análise probabilística, foi pequeno tanto no julgamento dos itens pela amostra total quanto pela subamostra de especialistas em ambas as etapas do estudo (análise de juízes parte A e análise de juízes parte B). Isso significa que os itens construídos para compor a frente e o verso do instrumento *coping cards* (cartões de enfrentamento) para pacientes oncológicos, realmente cumprem sua finalidade, isto é, expressar distorções cognitivas e crenças neutralizadoras associadas ao câncer, ao adaptar a técnica *coping cards* "Pensamento Automático - Resposta Adaptativa" de J. Beck (1995).

A precisão do instrumento analisada por meio do coeficiente alfa de Cronbach reforça a hipótese experimental na medida em que se observam valores para alfa de Cronbach acima de 0,7 em itens com cognições distorcidas e em frases com crenças neutralizadoras analisados por ambas as amostras. Isso demonstra que o instrumento tem validade e precisão ao medir os construtos tanto quando a análise é feita por especialistas em Terapia Cognitivo comportamental em geral quanto quando é feita por especialistas em Terapia Cognitivo Comportamental e em Psicologia Hospitalar trabalhando em setor de oncologia (subamostra). Destaca-se que o estudo com a subamostra permitiu uma análise mais rigorosa dos itens do instrumento baseada na prática cotidiana desses profissionais que atuam diretamente em enfermarias destinadas a pacientes oncológicos.

Conforme estes resultados, a técnica *coping card* desenvolvida por J. Beck (1995), adaptada a vários contextos clínicos, demonstra-se aplicável também no enfrentamento do câncer. Itens como "Todos passam mal no tratamento" ($p = 0,99$), "Quando recebi o diagnóstico pensei que minha vida se tornaria terrível" ($p = 1$), "O diagnóstico é uma condenação" ($p = 0,99$) são alguns exemplos que evidenciam a probabilidade do instrumento conter itens representativos de distorções

cognitivas que poderiam ser facilmente identificadas por pacientes oncológicos com tais distorções ao lerem o lado frontal (lado A) do cartão de enfrentamento (*coping card* adaptado).

Por meio desse dispositivo o paciente poderá entrar em contato com pensamentos automáticos que, sob o impacto de emoções fortes, dificilmente são questionados apenas com intervenções verbais. A cada nova informação sobre o câncer e seu tratamento, o paciente é impelido a acomodar novos estímulos, que, muitas vezes esbarram em cognições profundas sobre si e o mundo. Conforme apontam Lopes e Alves (2009), em condições como esta, as constantes variações de humor levam a pessoa a processar as informações de maneira mais regredida, sendo interessante o uso de técnicas que favoreçam processos acomodativos em estados de humor negativo, como é o caso destes *coping cards*.

O material do verso do cartão (itens parte B da análise de juízes) serve como um registro para mediar o processo de acomodação da nova informação, menos distorcida, conforme se percebe nos itens do lado B do cartão de enfrentamento (*coping card* adaptado) proposto: “Enfrentar o tratamento do câncer poderá ser difícil, mas não impossível. Os primeiros momentos serão os mais difíceis, depois, aos poucos, provavelmente ficará mais fácil, conforme enfrento meu tratamento” ($p = 0,99$), “Os pacientes normalmente dizem que não percebem o tratamento funcionando, o que não quer dizer que eu não esteja melhorando. Pelo contrário, vou procurar compreender o que os resultados do tratamento mostram e esclarecer minhas dúvidas” ($p = 0,99$), “Alguns pacientes não se sentem bem durante o tratamento de câncer, mas isso não significa que não estão melhorando. Isso pode fazer parte do tratamento, mesmo que eu não me sinta bem significa que meu organismo está lutando para melhorar” ($p = 1$).

Desse modo, foi possível produzir um material de avaliação conjugado a um material instrucional com a finalidade de trabalhar pensamentos distorcidos de pacientes oncológicos, diferenciando-se da proposta original de J. Beck (1995) na medida em que apresenta afirmativas construídas por meio da pesquisa em literatura sobre psicooncologia e o tratamento psicoterápico de pacientes com câncer. Por outro lado, o instrumento aproxima-se da técnica original no sentido de ser elaborado seguindo-se as características essenciais do conceito de distorções cognitivas e suas classificações, bem como características de respostas adaptativas denominadas crenças neutralizadoras, funcionando como um instrumento avaliativo e psicoeducativo complementar no tratamento cognitivo-comportamental desses pacientes.

Ademais, por caracterizar-se como uma técnica psicoeducativa (lado B do cartão), o instrumento testado pode funcionar como um dispositivo motivador para o enfrentamento do câncer (J. Beck, 2007). Isto porque, em decorrência da vulnerabilidade emocional em que estão submetidos, pacientes com câncer geralmente apresentam dificuldades no

engajamento e busca da solução de problemas, bem como no enfrentamento de situações críticas esperadas para a doença e seu tratamento (Moorey, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o instrumento proposto, enquanto mediador na identificação de distorções cognitivas na experiência do câncer e de crenças neutralizadoras que flexibilizam o sofrimento gerado por estas distorções, segue o caráter psicoeducativo da Terapia Cognitivo-Comportamental. Acrescenta um método concreto e devidamente adaptado a este contexto específico, uma vez que emprega o aprendizado de novos padrões de pensamentos e comportamentos por meio de teste psicométrico de validade e precisão.

Os resultados estatísticos corroboram que a adaptação do modelo *coping cards* desenvolvido por Judith Beck (1995) ao tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos é balizada, portanto, pelos alcances e limitações do trabalho com cognições distorcidas em contextos críticos, sem, contudo, deixar de apontar caminhos para um diagnóstico e intervenção adequados às necessidades descritas na literatura e no campo específico do tratamento psicológico junto ao paciente com câncer.

Pesquisas futuras poderão indicar as distorções cognitivas mais observadas em pacientes oncológicos, por meio de estudos experimentais e clínicos envolvendo a testagem do instrumento adaptado *coping cards* na própria população, fator limitante do trabalho, tendo em vista que o instrumento foi submetido apenas à análise de especialistas da área. Conhecer as principais distorções poderia ampliar a compreensão sobre crenças nucleares limitantes no processo de ajustamento ao câncer, minimizando, por conseguinte, a influência das mesmas em comportamentos disruptivos. Além disso, a testagem do instrumento com pessoas saudáveis também pode fornecer mais dados sobre as distorções presentes na população geral acerca do adoecimento por câncer.

REFERÊNCIAS

- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., Blomberg, B. (2009). Cognitive Behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behavior and Immunity*, 23(5), 580591. DOI: 10.1016/j.bbi.2008.09.005.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyonds*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática* (4 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Brothers, B. M., Yang, H. C., Strunk, D. R. & Andersen, B. L. (2011). Cancer patients with major depressive disorder: testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 253-260. DOI: 10.1037/a0022566
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. DOI:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Büssing, A.; Ostermann, T. & Matthiessen, P. F. (2007). Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Breast Care (2)*:195-202. DOI: 10.1159 /000104172
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., .Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer (90)*, 22972304. DOI: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2014). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology, 34*(3), 207215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000096>
- Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Fischer, D., & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology (5)*1, 5254. DOI: 10.1007/s12254-012-0327-2
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. & Sinclair, E., (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(1), 72-79. DOI: 10.1037/a0017566
- Freeman, A. & Dewolf, R. (2006). *As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem e técnicas eficazes para evitá-las*. Rio de Janeiro: Guarda Chuva.
- Knapp, P. (Ed.). (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, (30)*2, 5464.
- Leahy, R. L. (2007). *Como lidar com as preocupações*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L. et al. (2010). *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, R. F. F. & Alves, M. R. (2009). *O papel dos estados afetivos sobre os processos cognitivos de assimilação e acomodação* (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia.
- Lopes, R. F. F., Santos, M. R., & Lopes, E. J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 10*(1), 39-49. Recuperado de <http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/179/148>
- Moorey, S. (2005). Quando coisas ruins acontecem com pessoas racionais: terapia cognitiva em circunstâncias adversas de vida. In Salkovskis, P. M. (Eds.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 389-404). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1996).
- Pasquini, M. & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3*(2), 19. DOI: 10.1186/1745-0179-3-
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(Esp), 992-999. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
- Piet, J., Würtzen, H. & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1007-1020. DOI: 10.1037/a0028329
- Primi, R. (2012). Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 297-307. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a15.pdf>
- Siegel, S. & Castellan Jr., J. N. (2006). *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A. & Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4*(2), 73-88. DOI: 10.5935/1808-5687.20080016