

Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer

Applications of cognitive-behavioral therapy in cancer treatment

Vanessa Cristina Lourenção¹; Randolpho dos Santos Junior²; Andreia Mara Gonçalves Luiz³

¹Especialista em Terapia cognitivo-comportamental, especialista em Psicologia da Saúde. Serviço de Psicologia e Unidade de Transplante de Medula óssea do Hospital de Base FAMERP/FUNFARME

²Especialista em Psicologia da Saúde, doutorando em Ciências da saúde — Serviço de Psicologia e Instituto do Câncer do Hospital de Base FAMERP/FUNFARME

³Mestre em Psicologia clínica, doutoranda em Psicologia clínica. Serviço de Psicologia e ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Base FAMERP/FUNFARME

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

Os estressores associados ao diagnóstico e tratamento de câncer acarretam perdas importantes na qualidade de vida implicando em uma necessidade de ajustamento psicossocial para pacientes e familiares. O presente estudo teve por objetivo realizar um levantamento de atualização do uso da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em tratamentos oncológicos. Foi realizado um processo de revisão da literatura recente utilizando os bancos de dados Med line, Psycinfo e Scielo com as palavras-chave: oncology e cognitive behavioral therapy; câncer e cognitive behavioral therapy; psycho-onology e cognitive behavioral therapy. Foram encontrados 45 artigos escritos entre 2004 e 2009 dos quais foram excluídos artigos de revisão, meta-análise, estudos que envolviam outras doenças crônicas resultando um total de 25 artigos. Para a apresentação dos resultados os estudos foram categorizados de acordo com os objetivos da intervenção. Neste levantamento as principais aplicações da TCC em Oncologia foram: Manejo do estresse,

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2010, Volume 5, Número 2

DOI: 10.5935/1808-5687.20090014

manejo da dor, manejo dos efeitos adversos do tratamento, manejo de ansiedade e depressão, melhora da qualidade de vida, intervenção a transtorno do sono, prevenção e tratamento da obesidade, tratamento do tabagismo e queixas de ordem sexual entre outros. Há indicadores de que a TCC pode ser um método de intervenção eficaz em tratamentos oncológicos.

Palavras-chave: Câncer, Psicologia da saúde, Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Stressors associated with a diagnosis and treatment of cancer cause important decline in quality of life and require adjustment from patient and family. The objective of this study was to review the literature about Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and cancer treatment. A literature review was conducted in the following data bases: Med line, Psycinfo and Scielo, using as key-words: oncology and cognitive behavioral therapy; cancer and cognitive behavioral therapy; psycho-oncology and cognitive behavioral therapy. Forty five articles written between 2004 and 2009 were found. Reviews, metanalysis, and studies including other diseases were excluded. In the end, 25 articles were reviewed. Studies were classified according to intervention objective. Results: the main applications of CBT in Oncology were: stress management, pain management, medication side effects management, depression and anxiety management, improvement of quality of life, interventions to improve sleep, obesity prevention and treatment, programs to quit smoking, and sexual complaints and others. CBT seem to be an efficient intervention for oncological treatments.

Keywords: Câncer, Health psychology, Cognitive behavioral therapy.

Introdução

Câncer é possivelmente a doença mais temida na atualidade. Seu diagnóstico, para muitas pessoas, significa uma aproximação direta com a perspectiva de morte, mutilação, dor e incurabilidade (Silva & Melo-Santos, 2008; Reich, Gaudron & Penel, 2009). Por seu caráter crônico, exige ajustamentos em múltiplos domínios na vida do paciente, com evidências indicando que fatores físicos, emocionais, cognitivos, interpessoais e comportamentais estão inter-relacionados e contribuem para o ajustamento final observado em cada indivíduo. Esta relação entre fatores deve ser observada para a compreensão do ajustamento à doença crônica como um processo dinâmico e permeado por componentes subjetivos. (Larsen & Hummel, 2008).

O paciente com câncer em processo de tratamento passa a sofrer perdas em sua qualidade de vida pelos sintomas da doença, mas também em consequência dos efeitos adversos do tratamento químico e radioterápico (Sawada, Nicolussi, Okino, Cardozo & Zago, 2009). Dor, exames invasivos, alterações na imagem corporal, mudanças de papel social, isolamento e dependência de cuidadores, além das incertezas associadas ao tratamento, aumentam a

vulnerabilidade de pacientes e familiares para transtornos mentais (Contel & cols, Voltarelli, 2000).

Dados sugerem que o diagnóstico e o tratamento de câncer aumentam ao risco de depressão, ansiedade, transtornos sexuais e suicídio. Por outro lado, há evidências que fatores como *coping*, suporte social, otimismo, habilidades para resolução de problemas, esquiva/negação, podem influenciar no impacto do diagnóstico e do tratamento (Nezu, Nezu, Felgoise & Zwick, 2003).

A interpretação do paciente sobre a doença também deve ser considerada uma variável relevante para avaliar o ajustamento. Em um estudo recente, percepções fatalistas da doença, ou seja, percepção da doença como "inimigo", apresentaram correlação negativa com a qualidade de saúde mental e correlação positiva com estratégias de fuga e esquiva em pacientes com câncer de mama. Por outro lado uma perspectiva da doença como "desafio" mostrou estar correlacionada a estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Bussing & Fischer, 2009).

Pacientes com diagnóstico de câncer apresentam uma tendência a maiores indicadores de depressão, quando comparados a uma população saudável (Linden, Vodermaier, McKenzie, Barroetavena, Yi & Doll, 2009). Como a depressão pode ser uma variável influente nos resultados do tratamento, deve ser precocemente avaliada e tratada (Snyderman & Wynn, 2009; Satin, Linden & Phillips, 2009).

Nas últimas décadas, psicólogos da saúde vem integrando equipes médicas como facilitadores na identificação dos medos, dúvidas e expectativas do paciente, bem como na comunicação mais eficiente entre médico/paciente. Além disso, contribuem no desenvolvimento de estratégias de prevenção e de intervenção com cuidadores e pacientes frente às perdas, muitas vezes irreversíveis, determinadas pela doença (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001; Sebastiani & Maia, 2005).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido utilizada como base metodológica para a intervenção em diversos tratamentos de saúde como: dor crônica (Heappy, Stroud, Higgins & Sellinger, 2006), obesidade (Ashton, Drerup, Windover & Heinberg, 2009), diabetes (Snoek & cols, 2008), HIV (Cucciare, Sorrell, & Trafton, 2009), cardiopatias (Decker, 2008) entre outros. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão crítica de estudos atuais que relatem aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental em tratamentos de câncer e identificar os principais objetivos, técnicas e resultados destas intervenções.

Método

Os dados foram coletados por meio de uma pesquisa de levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, Med line e Psycinfo utilizando os descritores Oncology e Cognitive Behavioral Therapy; Câncer e Cognitive Behavioral Therapy; e Psycho-oncology e Cognitive Behavioral Therapy para artigos publicados entre os anos de 2004 e Agosto de 2009.

Foram encontrados 52 artigos, dos quais foram excluídos artigos de revisão (n=11), meta-análise (n=5) e estudos que envolviam outras doenças crônicas (n=4), resultando um total de 32 publicações. Sete estudos não foram incluídos por: a) impossibilidade de acesso ao artigo completo (n=3); b) não detalhar as técnicas e o modelo de intervenção empregado

(n=2); c) apresentar apenas o projeto de intervenção (n=2). Para a apresentação dos resultados foram categorizados os dados de 25 artigos de acordo com os objetivos da intervenção. Neste levantamento, as principais aplicações da TCC em Oncologia foram: manejo do estresse, manejo da dor, manejo dos efeitos adversos do tratamento, manejo de comorbidades psiquiátricas, melhora da qualidade de vida, intervenção em transtorno do sono, prevenção e tratamento da obesidade, tratamento do tabagismo, atendimento de transtorno sexual, tratamento dos sintomas do climatério após tratamento para câncer de mama. (Quadro 1). Para uma melhor análise do material selecionado, os artigos foram agrupados em categorias de acordo com os objetivos da intervenção.

Manejo do estresse e adaptação ao tratamento

O estudo de Penedo & cols (2004) avaliou a eficácia de uma intervenção em grupo voltada para manejo do estresse em pacientes com câncer de próstata. Cinquenta e dois pacientes foram submetidos a dez sessões semanais de psicoterapia cognitivo-comportamental. As sessões tinham duração de duas horas, sendo os últimos trinta minutos destinados ao aprendizado de diferentes técnicas de relaxamento. Também foram discutidos outros métodos de manejo do estresse, como: identificação de distorções cognitivas, busca de suporte social, manejo da raiva, reestruturação cognitiva e treino de assertividade. No intervalo entre as sessões, os pacientes recebiam tarefas de casa como a prática regular de técnicas de relaxamento. Os resultados indicam aumento de habilidades para manejo do estresse e melhora significativa na qualidade de vida antes e após a intervenção. Em outra publicação o mesmo modelo alcançou resultados positivos após adaptações culturais para atendimento de pacientes de origem latina com câncer de próstata (Penedo & cols 2007).

McGregor & cols (2004) descrevem um modelo de grupo voltado para o manejo do estresse para pacientes em tratamento de câncer de mama. Estruturado em dez sessões semanais de duas horas e, com número de participante variando entre 6 e 10, foram aplicadas técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de assertividade, treino para habilidades de enfrentamento e manejo da raiva. Os autores também apontaram o grupo como um espaço favorável para a expressão emocional e a troca de apoio entre os participantes. Os resultados da intervenção indicaram benefícios significativos quando comparados a um grupo controle. Segundo os autores, o programa de manejo do estresse favoreceu uma resposta mais adaptativa à vivência do câncer.

Antoni & cols (2006) relata um modelo de intervenção em grupo para mulheres com câncer de mama não metastático. Segundo os autores, o objetivo do programa era capacitar as mulheres para um melhor enfrentamento de estressores associados a doença e ao tratamento. Para tanto foram utilizadas técnicas de psicoterapia cognitivo-comportamental para manejo do estresse (dez sessões semanais de duas horas), além de exercícios diários de relaxamento auxiliados por recursos de áudio. Os resultados do estudo apontaram uma significativa e duradoura melhora em diversos fatores associados ao ajustamento psicossocial das pacientes. Em outro estudo incluindo 63 participantes os resultados apontaram melhor ajustamento psicossocial e melhor ajustamento fisiológico (menores taxas de cortisol e maior produção de citocinas TH1) durante e após tratamento adjuvante (Antoni & cols 2009).

Lewis & cols (2006) descrevem os resultados de um programa de intervenção para mulheres com câncer de mama e seus filhos. O objetivo da intervenção foi amenizar o impacto do tratamento na díade mãe-filho. A intervenção foi estruturada em cinco sessões com uma hora de duração, em intervalos de duas semanas. Os resultados apontam uma melhora significativa nos indicadores de depressão e ansiedade das mães e na auto-

confiança para atender aos filhos. Segundo os pais, observou-se redução na frequência de comportamentos indesejados, menor índice de preocupação com a doença e menos sinais de ansiedade e humor deprimido nas crianças após a intervenção. Apesar dos resultados positivos e de apresentar com muitos detalhes a intervenção, o estudo possui amostra reduzida, ausência de um grupo controle e de *follow up*.

Insônia

Savard, Simard, Ivers & Morin (2005a; 2005b) descrevem, em dois artigos, os resultados de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com insônia crônica iniciada ou agravada após tratamento para câncer de mama. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da intervenção na melhora do sono, da qualidade de vida, da saúde mental e da função imunológica dos participantes. O programa foi dividido em oito sessões semanais de noventa minutos, com a presença de quatro a seis participantes por grupo. Para a intervenção foi utilizada uma combinação de técnicas comportamentais, cognitivas e educativas, como: terapia de controle de estímulos, restrição do sono, reestruturação cognitiva, monitoramento diário do sono, higiene do sono, manejo de fadiga e de estresse. As estratégias de intervenção foram descritas em um manual oferecido a todos os participantes. Em seguimento de três, seis e doze meses após a intervenção, foram observados melhoras significativas e duradouras na qualidade do sono, menor dependência de medicamentos, menores indicadores para ansiedade e depressão, além de melhor função imunológica quando comparado ao grupo controle.

Epstein & Dirksen (2007) realizou um estudo para verificar a eficácia de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para pacientes sobreviventes do câncer de mama com queixas de insônia crônica. Os grupos foram realizados com a presença de quatro a oito participantes e em quatro sessões. O programa foi concluído com duas sessões individuais via telefone, com cerca de quinze a trinta minutos de duração. O conteúdo das sessões envolvia uma combinação de técnicas, como a terapia de controle de estímulos, terapia de restrição do sono e de higiene do sono. Os resultados apontaram uma melhora significativa nas variáveis pesquisadas: latência para início do sono, despertar após o início do sono, tempo total de sono e tempo de permanência na cama.

Manejo dos efeitos adversos /seqüelas do tratamento

Given, Jeon & Sikorskii (2004) descrevem um modelo de intervenção cognitivo-comportamental voltado para o manejo de efeitos adversos em pacientes com tumores sólidos sendo submetidos ao primeiro tratamento de quimioterapia. O programa incluiu a participação da díade paciente-cuidador, que recebiam a intervenção nas datas de retorno ao centro médico, complementada por contatos telefônicos entre as consultas. Baseado em técnicas para habilidades de resolução de problemas, a meta principal da intervenção foi aumento de auto-eficácia, melhora da autonomia, conhecimentos, habilidades e estratégias para lidar com os efeitos do tratamento. Durante o estudo foram monitorados quinze efeitos secundários da quimioterapia. Os resultados apontam que os pacientes submetidos ao grupo experimental, especialmente os mais jovens, apresentaram menos limitações associadas a gravidade de efeitos adversos quando comparado a pacientes em acompanhamento convencional. Os dados de seguimento, após dez, vinte e trinta e duas semanas, apontam a manutenção dos benefícios proporcionados pela intervenção. Em outro estudo, o mesmo modelo apresentou limitações para pacientes apresentando neutropenia (Given, Given, Jeon & Sikorskii, 2005). Em outros estudos o mesmo modelo apresentou resultados favoráveis quanto á redução de limitações frente aos efeitos adversos da

quimioterapia (Doorembos & cols, 2005) e favoreceu cuidadores a emitir resposta mais adaptativa para melhor manejo dos efeitos adversos da quimioterapia (Given & cols, 2006).

Ferguson & cols (2006), descrevem um estudo piloto com um método denominado *Memory and Attention Adaptation Training*, e os resultados de sua aplicação em mulheres sobrevivente do câncer de mama com queixas de déficit de memória e atenção. A intervenção consiste de quatro sessões mensais, complementadas por três contatos telefônicos entre as sessões para a revisão de estratégias e a leitura de um manual de apoio. O programa incluiu: orientações sobre quimioterapia e alterações de atenção e memória, auto-monitoramento para identificar problemas específicos de memória e atenção nas atividades de vida diária, relaxamento muscular progressivo e desenvolvimento de estratégias compensatórias específicas. Os resultados apontam melhoras no auto-relato da função cognitiva e nos indicadores dos testes neuropsicológicos, além de satisfação das participantes com as estratégias desenvolvidas, com benefícios mantidos segundo dados do seguimento.

Manejo da dor

Robb & cols (2006), descrevem os resultados de uma intervenção cognitivo-comportamental para pacientes em tratamento de câncer com queixas de dor. O método foi baseado em modelos de intervenção clínica para dor crônica não-oncológica e foi estruturado em sessões individuais de sessenta minutos. O tempo de intervenção durou entre três e seis meses, de acordo com as necessidades de cada paciente. Foram utilizadas técnicas de visualização, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo, associado a estratégias de auto-monitoramento, técnicas de distração e orientações sobre os diversos fatores associados à dor. Os dados pós-tratamento indicam melhora significativa em diversos domínios, como ansiedade e depressão, atividade física e enfrentamento da dor.

Dalton, Keefe, Carlson & Youngblood (2004) compararam um programa de intervenção cognitivo comportamental adaptado a pacientes oncológicos com dor crônica a outros métodos de intervenção padrão para pacientes com dor crônica. Em cinco sessões individuais de cinquenta minutos, a intervenção foi delineada com técnicas tradicionais para dor crônica, como relaxamento, distração, treino para solução de problemas e reestruturação cognitiva, foram associadas a técnicas específicas às principais necessidades dos pacientes, previamente identificadas por meio de uma avaliação. Os resultados apontaram que a intervenção para pacientes com câncer possibilitou melhoras significativas.

Anderson & cols (2006) relatam a aplicação de uma intervenção cognitivo comportamental por meio de recursos de áudio para pacientes com dor oncológica com uso de opióides. Os participantes foram divididos em três grupos, de acordo com a proposta da intervenção: relaxamento, distração e humor positivo. Os pacientes receberam instruções escritas e gravações com técnicas que deveriam ser praticadas cinco vezes por semana. Os participantes dos grupos de relaxamento e distração relataram alívio logo após a audição das gravações, porém sem ganhos mantidos. Após duas semanas não foram observados benefícios da intervenção quanto à melhora da qualidade de vida, auto-eficácia, humor e outras variáveis. Os resultados qualitativos do estudo apontam que os pacientes encontraram dificuldades para aderir às gravações, preferindo a adoção de métodos pessoais para manejo da dor.

Transtornos sexuais

Brotto & cols (2008), descrevem os resultados de uma intervenção breve, de caráter psicoeducativo, para mulheres com queixa de disfunção sexual após histerectomia devido a câncer ginecológico. A intervenção foi estruturada em quatro sessões mensais e individuais, com uma hora de duração. As atividades utilizaram recursos áudio-visuais para estimulação sexual e focaram a identificação das crenças disfuncionais associadas à sexualidade, relação entre auto-imagem, sexualidade e a vivência do câncer, e tarefas de casa voltadas para definição de estratégias para aumentar sua resposta natural à excitação sexual. Ao fim de cada sessão, a paciente recebeu um manual para a prática de exercícios específicos, que deveriam ser praticados até o próximo seguimento. Os resultados apontam um efeito significativo da intervenção na vida sexual das participantes, favorecendo melhor qualidade de vida, humor e bem-estar geral.

Molton & cols (2008), apresentam os resultados de uma intervenção em grupo, destinada à melhora da função sexual de pacientes submetidos à prostatectomia radical. O programa segue um modelo de intervenção cognitivo-comportamental para manejo do estresse e é estruturado em dez sessões semanais de duas horas. Todos os participantes receberam um manual com instruções sobre os principais objetivos do programa e exercícios específicos para serem realizados em casa. De uma forma geral, a intervenção tinha por propósito promover estratégias para manejo dos transtornos associados ao tratamento e outros estressores através do desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais e interpessoais, como ampliar a perspectiva do conceito de sexualidade, melhorar a comunicação com a parceira, além de fornecer informações sobre possibilidades de tratamento e criar um ambiente de segurança e de apoio aos participantes. Os resultados apontam que este modelo de intervenção pode oferecer benefícios na recuperação das funções sexuais de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

Sobrepeso/obesidade

O estudo de Mefferd, Nichols, Pakiz & Rock (2007) avalia o efeito da terapia cognitivo-comportamental para a perda de peso e adesão à dieta e atividades físicas, como medida de prevenção à recorrência do câncer de mama. Participaram do estudo oitenta e cinco mulheres sobreviventes do câncer de mama, apresentando índices de sobrepeso ou obesidade e divididas aleatoriamente entre uma fila de espera ou grupo experimental que seria submetido a dezesseis sessões semanais de TCC para tratamento da obesidade, orientações para reeducação alimentar e rotina de exercícios físicos. Os resultados apontam resultados favoráveis à intervenção, indicando diferenças significativas entre os grupos observados quanto à perda de peso, índice de massa corporal, percentual de gordura e outros fatores avaliados.

Tabagismo

Schnoll & cols (2005), descrevem os resultados de uma intervenção cognitivo-comportamental para cessação do tabagismo em pacientes com câncer. O programa era dividido em quatro sessões, sendo uma sessão presencial e três via telefone. Foram utilizadas técnicas de auto-monitoramento, modelagem, reestruturação cognitiva e ensaio comportamental. A estrutura da intervenção focou os fatores psicológicos associados à cessação do tabagismo durante o tratamento oncológico e tratou de questões como: a percepção de fatores de risco, a auto-eficácia e o custo benefício para o abandono do tabaco, as crenças fatalistas e o sofrimento emocional. Os contatos telefônicos visavam promover suporte, encorajamento, e estratégias específicas para as barreiras individuais que dificultam a abstinência. Participaram do estudo 52 pacientes e após três meses da intervenção 19 pacientes (43,2%) relataram abandono total do tabagismo. O grupo

controle, que participou de um programa educativo com dicas para o abandono e a oferta de adesivos de nicotina, alcançou resultados semelhantes, deixando em discussão as reais vantagens desse modelo de intervenção para fumantes em tratamento de câncer.

Sintomas do climatério após tratamento para câncer de mama

A intervenção consistiu em seis sessões semanais em grupo, com noventa minutos de duração, divididas em: informação e discussão sobre fogachos e suores noturnos característicos do climatério, aprendizado e monitoramento de fatores precipitantes como alimentos específicos e álcool; exercícios de relaxamento e treino de respiração para manejo do estresse; reestruturação de pensamentos e crenças disfuncionais sobre a menopausa e seus sintomas; treino para manejo da insônia; e estratégias para manutenção dos benefícios. Os resultados mostram uma redução significativa dos sintomas, melhora na qualidade de vida, na qualidade do sono e no estado de humor após a intervenção e em seguimento de três meses. A ausência de grupo controle é uma das limitações deste estudo (Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman, Grunfeld, 2009).

Tratamento de comorbidades psiquiátricas

Ansiedade

Lopes, Santos & Lopes (2008) descrevem um programa de intervenção em grupo para mulheres em tratamento de câncer, com o objetivo de testar o controle da ansiedade e da desesperança, por meio de exercícios de relaxamento progressivo em oito sessões semanais, com quarenta minutos de duração. Avaliações realizadas antes e após as sessões apontam uma melhora significativa dos indicadores de ansiedade e desesperança na média geral dos grupos, porém os benefícios alcançados não foram mantidos no intervalo entre as sessões. Deve-se considerar que os participantes encontravam-se ativos em tratamentos de quimio e radioterapia. Os autores ressaltam que as técnicas de relaxamento apresentaram resultados promissores e devem integrar futuros estudos associadas a técnicas cognitivas.

Depressão

Hopko & cols (2008) descrevem os resultados da aplicação da terapia cognitivo-comportamental para depressão em pacientes com câncer. O programa é uma proposta de intervenção breve, dividida em nove sessões individuais. Neste programa, os primeiros passos focam a identificação das atividades e contextos mais prejudicados, que foram alvo da intervenção. As sessões foram baseadas em técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, parada de pensamento e identificação de erros cognitivos), manejo do sono, treino para resolução de problemas, exercícios de relaxamento e exercícios específicos para a expressão da experiência do diagnóstico e da doença e sua manifestação nas dimensões físicas, emocionais e comportamentais. Os resultados apontaram uma melhora significativa e sustentada dos indicadores de depressão, ansiedade e qualidade de vida.

Sintomas de transtorno de estresse pós-traumático

Pensamentos intrusivos, esquiva e sobressalto podem ocorrer em familiares e sobreviventes de câncer na infância. Um estudo teve por objetivo avaliar os resultados de uma intervenção cognitivo-comportamental integrado à terapia familiar, com o intuito de reduzir sintomas de estresse pós-traumático. O programa, realizado em um único dia e dividido em quatro sessões, foi derivado de um programa mais extenso com dezesseis encontros de

duas horas e uma vez por semana. Um estudo piloto apontou adequação das propostas do modelo que, segundo os autores, favorece a presença de todos os membros da família e facilita a participação de pessoas que residem distantes do centro de tratamento e que não poderiam viajar todas as semanas para a intervenção convencional. Participaram 150 adolescentes, seus pais e seus irmãos. As duas primeiras sessões ocorreram pela manhã e foram conduzidas separadamente, em grupos específicos para ex-pacientes, pais, mães e irmãos. As sessões três e quatro foram estruturadas para atender aos grupos familiares. O formato das sessões para pais e mães foi idêntico, enquanto o formato para ex-pacientes e irmãos foi adaptado a fase de desenvolvimento específica dos participantes. Os temas abordados foram: reconhecimento de como o câncer afetou a vida familiar; identificação de memórias desconfortáveis associadas ao câncer; aprendizado do modelo ABC; discussão sobre como as crenças pessoais sobre o câncer afetam a família e o desenvolvimento do adolescente com história de câncer na infância; elaboração conjunta de estratégias para o desenvolvimento da família após a experiência do câncer; planejamento de estratégias para colocar em prática na vida diária os recursos apreendidos durante a intervenção. Os resultados apontam redução significativa nos pensamentos intrusivos entre os pais e de sobressalto entre os adolescentes com história de câncer na infância. Porém, outros estudos foram recomendados para modelos que privilegiem grupos familiares com indicadores mais graves de sintomas de estresse pós-traumático e mesmo de transtorno de estresse pós-traumático (Kazak & cols, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos apontam evidências de que a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser eficaz para o atendimento das principais queixas psicossociais associadas ao tratamento de câncer. É notório que alguns estudos apresentam fragilidades metodológicas que devem ser consideradas, como: conclusões apoiadas apenas em observações clínicas, ausência de grupos controle, ausência de instrumentos consagrados para avaliação das variáveis a serem modificadas, ausência de *follow up* e detalhamento pobre da estrutura das sessões e dos métodos de intervenção empregados.

Por outro lado, deve-se considerar os desafios associados à realização de um estudo experimental controlado com doentes crônicos. Tendo em vista a complexidade do tratamento e as dificuldades para controle de variáveis, diversos fatores podem interferir na aderência, estruturação e nos resultados dos programas de intervenção, como: internações, efeitos adversos do tratamento, sintomas limitantes da doença, exames e consultas concomitantes ao cronograma proposto, prescrição de isolamento, entre outros. Observa-se nos métodos de intervenção medidas para atenuar tais interferências, como: número reduzido de sessões, normalmente agendadas na mesma data do retorno médico, o uso de manuais e recurso áudio-visual para tarefas de casa e orientações por telefone.

A literatura aponta muitas possibilidades de aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. Entretanto, ainda são necessários mais estudos experimentais de estrutura metodológica confiável e com uma descrição adequada das técnicas escolhidas para sua replicação em outras pesquisas.

Tabela 1. Método, objetivos e técnicas empregados nos estudos

Autor	Público-alvo	Objetivo	Estrutura da intervenção	Principais técnicas	Grupo controle	Follow up
Dalton (2004)	Pacientes com dor oncológica	Manejo de dor	Cinco sessões individuais	Relaxamento, distração, treino para solução de problemas e reestruturação cognitiva.	NÃO	SIM
Given et al. (2004;2005;2006) e Doorembs et al. (2005)	Pacientes com tumores sólidos e seus cuidadores	Manejo de efeitos adversos do tratamento	Sessões nos retornos ao médico e orientações por telefone	Treino de habilidades de resolução de problemas	NÃO	SIM
Kazak (2004)	Adolescentes com história de câncer na infância e seus familiares	Tratamento de sintomas de estresse pós-traumático	Quatro sessões realizadas em um único dia	Auto-monitramento, orientações sobre o modelo ABC	SIM	SIM
McGregor (2004)	Pacientes com câncer de mama	Manejo do estresse	Dez sessões semanais em grupo	Relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de assertividade e manejo da raiva	SIM	SIM
Savard et al. (2005a; 2005b)	Pacientes com câncer de mama	Intervir em transtorno do sono	Oito sessões semanais em grupo	Terapia de controle de estímulos, restrição do sono, reestruturação cognitiva, monitoramento do sono, higiene do sono, manejo de estresse	SIM	SIM
Schnoll (2005)	Pacientes tabagistas com câncer	Cessaçao do tabagismo	Quatro sessões sendo uma sessão presencial e três sessões via telefone	Auto-monitoramento, modelagem, reestruturação cognitiva e ensaio comportamental	SIM	SIM
Anderson (2006)	Pacientes com dor oncológica	Manejo de dor	Instruções escritas e gravações com técnicas a serem praticadas cinco vezes por semana	Relaxamento e exercícios de distração.	SIM	SIM
Ferguson (2006)	Pacientes com câncer de mama	Tratamento para queixas de déficit de memória e atenção após tratamento	Quatro sessões individuais mensais complementadas por três contatos telefônicos	Psicoeducação, auto monitoramento, relaxamento muscular progressivo e desenvolvimento de estratégias compensatórias	NÃO	SIM
Lewis (2006)	Pacientes com câncer de mama e seus filhos	Amenizar o impacto do tratamento na diade mãe-filho	Cinco sessões de grupo em intervalos de duas semanas e contato via telefone e pager	Psicoeducação, treino para melhorar habilidades das mães para interagir e auxiliar seus filhos a compreender e lidar com o câncer	NÃO	NÃO
Antoni (2006; 2009)	Pacientes com câncer de mama	Melhor enfrentamento de estressores associados à doença	Dez sessões semanais em grupo e material de áudio para tarefas de casa	Relaxamento, visualização, treino de habilidades para resolução de conflitos e expressão das emoções	SIM	SIM
Autor	Público-alvo	Objetivo	Método	Principais Técnicas	Grupo controle	Follow up
Penedo (2006; 2007)	Pacientes com câncer de próstata	Manejo do estresse	Dez sessões semanais individuais	Manejo da raiva, reestruturação cognitiva e treino de assertividade	SIM	SIM
Robb et al. (2006)	Pacientes com dor oncológica	Manejo da dor	Sessões individuais adaptadas às necessidades do paciente	Técnicas de visualização, respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, auto-monitoramento e técnicas de distração	NÃO	SIM
Epstein (2007)	Pacientes com câncer de mama	Intervir em transtorno do sono	Quatro sessões semanais em grupo e duas sessões por telefone	Terapia de controle de estímulos, terapia de restrição do sono e de higiene do sono	SIM	NÃO
Mefferd (2007)	Pacientes após tratamento de câncer de mama	Prevenir e tratar obesidade/sobrepeso	Dezesseis sessões semanais em grupo	TCC para tratamento da obesidade além de orientações para reeducação alimentar e rotina de exercícios físicos.	SIM	SIM
Brotto (2008)	Pacientes após histerectomia devido a câncer ginecológico	Tratamento de transtorno sexual	Quatro sessões mensais individuais e uso de manual para a prática de exercícios específicos	Recursos de áudio e vídeo, identificação das crenças disfuncionais associadas à sexualidade, relação entre auto-imagem, sexualidade e a vivência do câncer; atividades psicoeducação	NÃO	NÃO
Hopko (2008)	Pacientes com câncer	Tratamento da depressão	Nove sessões individuais	Reestruturação cognitiva, identificação de erros cognitivos, manejo do sono, exercícios para a expressão da experiência do diagnóstico e da doença.	NÃO	SIM
Lopes et al. (2008)	Mulheres com câncer	Controle de ansiedade e desesperança	Oito sessões semanais em grupo	Relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática.	NÃO	SIM
Molton (2008)	Pacientes submetidos a prostatectomia radical	Melhora da função sexual	Dez sessões semanais em grupo e manual com exercícios específicos para serem realizados em casa	Treino para manejo dos estressores do tratamento, treino para comunicação assertiva, avaliação e substituição de pensamentos irracionais	SIM	NÃO
Hunter (2009)	Pacientes após tratamento de câncer de mama	Manejo dos Sintomas do climatério após tratamento	Seis sessões semanais em grupo	Psicoeducação, monitoramento de fatores precipitantes, exercícios de relaxamento, treino de respiração, reestruturação cognitiva	NÃO	SIM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, K.O., Cohen, M.Z., Mendoza, T.R., Guo, H., Harle, M.T., Cleeland, C.S. (2006). Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. *Cancer*, 107(1), 207-214.

Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifre, T., Urcuyo, K.R., et al. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143-1152.

Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, C.S., Blomberg B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behaviour Immunity*, 23(5), 580-591.

Ashton, K., Drerup, M., Windover, A., Heinberg, L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Disease*, 5(2), 257-262.

Brotto, L.A., Heiman, J.R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G.M., Swisher, E., Tamimi, H., Van Blaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archive of Sex Behavior*, 37(2), 317-329.

Bussing, A., Fischer, J. (2009). Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Womens Health*, 9, 2, 1-11.

Contel, J.O.B., Sponholz Jr, A., Torrano-Masetti, L.M., ; Almeida, A.C., Oliveira, E.A., Jesus, J.S., Santos, M.A., Loureiro, S.R & Voltarelli, J.C. (2000). Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina, Ribeirão Preto*, 33 pp. 294-311.

Cucciare, M.A., Sorrell, J.T., Trafton, J.A. (2009). Predicting response to cognitive-behavioral therapy in a sample of HIV-positive patients with chronic pain. *Journal of Behavior Medicine*, 32(4), 340-348.

Dalton, J.A., Keefe, F.J., Carlson, J., Youngblood, R. (2004). Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Management Nurse*, 5(1), 3-18.

Dekker, R.L. (2008). Cognitive behavioral therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *Nursing Clinics of North America*, 43(1), 155-170.

Doorenbos, A., Given, B., Given, C., Verbitsky, N., Cimprich, B., McCorkle R. (2005). Reducing symptom limitations: a cognitive behavioral intervention randomized trial. *Psychooncology*, 14(7), 574-584.

Epstein D.R., Dirksen S.R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology Nurse Forum*;34(5): E51-9.

Ferguson, R.J., Ahles, T.A., Saykin, A.J., McDonald, B.C., Furstenberg, C.T., Cole, B.F., et al. (2006). Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psychooncology*, 16(8), 772-777.

Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., et al. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinic Oncology*, 22(3), 507-16.

Given, B.A., Given, C.W., Jeon, S., Sikorskii, A. (2005). Effect of neutropenia on the impact of a cognitive-behavioral intervention for symptom management. *Cancer*, 104(4), 869-878.

Given, B., Given, CW., Sikorskii, A., Jeon, S., Sherwood, P., Rahbar, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. *Journal of Pain Symptom Management*, 32(5), 433-443.

Heapy, A.A., Stroud, M.W., Higgins, D.M., Sellinger, J.J. (2006). Tailoring cognitive-behavioral therapy for chronic pain: a case example. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1345-1354.

Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126-136.

- Hunter, M.S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., Grunfeld, EA. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psychooncology*, 18(5), 560-563.
- Kazak A.E., Alderfer M.A., Streisand R., Simms S., Rourke M.T., Barakat L.P., Gallagher P., Cnaan A. (2004). Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: a randomized clinical trial. *J Fam Psychol*;18(3): 493-504.
- Larsen, P.D & Hummel, F.I. (2008). Adaptation. In: Larsen, PD & Lubkin, IM. *Chronic Illness: Impact and Intervention*. 7^a Ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Lewis, F.M., Casey. S.M., Brandt, P.A., Shands, M.E., Zahlis, E.H. (2006). The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psychooncology*, 15(6), 486-497.
- Linden, W., Vodermaier, A., McKenzie, R., Barroetavena, M.C., Yi ,D., Doll, R. (2009). The psychosocial screen for cancer (PSSCAN): further validation and normative Health Quality of Life Outcomes, 7(16), 1-8.
- 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.
- McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B., Carver, C.S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 1-8.
- Mefferd, K., Nichols, J.F., Pakiz, B., Rock, C.L.(2007). A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Research Treatment*, 104(2), 145-152.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Caballo, V. E. (2001). Psicologia da saúde:intervenções em hospitais públicos. In: B. Range (org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Molton, I.R., Siegel, S.D., Penedo, F.J., Dahn, J.R., Kinsinger, D., Traeger, L.N., et al. (2008). Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: the role of interpersonal sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 527-536.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Felgoise, S.H., Zwick M.L. (2003). Psychosocial oncology. In: I. Weiner (ed). *Handbook of psychology: health psychology*. (pp.275-277). New Jersey: Wiley.
- Penedo, F.J., Dahn, J.R., Molton, I., Gonzalez J.S., Kinsinger D., Roos B.A., et al. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *Cancer*, 100(1), 192-200.

- Penedo, F.J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J.S., Schneiderman N., et al. (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International Journal of Behaviour Medicine*, 14(3), 164-172.
- Reich, M., Gaudron, C., Penel, N. (2009). When cancerophobia and denial lead to death. *Palliative and Supportive Care*; 7(2): 253-255.
- Robb, KA., Williams, J.E., Duvivier, V., Newham, D.J. (2006). A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: a preliminary study. *Journal of Pain*, 7(2), 82-90.
- Satin, J.R., Linden, W., Phillips, M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115(22), 5349-5361.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Morin, C.M. (2005 a). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinic Oncology*, 23(25), 6083-6096.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Morin, C. (2005 b). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: Immunologic effects. *Journal of Clinic Oncology*, 23(25), 6097-6106.
- Sawada, N.O., Nicolussi, A.C., Okino L., Cardozo, F.M., Zago, M.M. (2009). Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(3), 581-587.
- Schnoll, R.A., Rothman, R.L., Wielt, D.B., Lerman, C., Pedri, H., Wang, H., et al. (2005). A randomized pilot study of cognitive-behavioral therapy versus basic health education for smoking cessation among cancer patients. *Annals of Behavior Medicine*, 30(1), 1-11.
- Sebastiani, R. W., Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1). (pp. 50-55).
- Silva, P.A & Melo-Santos, C. (2008). Reação de ajustamento em oncologia. In: Carvalho, VA et al. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Snoek, F.J., van der Ven, N.C., Twisk, J.W., Hogenelst, M.H., Tromp-Wever, A.M., van der Ploeg, H.M., Heine, R.J. (2008). Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long-term effects on HbA moderated by depression. A randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 25(11), 1337-1342.
- Snyderman, D., Wynn, D. (2009). Depression in cancer patients. *Primary Care*, 36(4), 703-719.

[Endereço para correspondência](#)

Ambulatório de Psicologia

Av. Brig. Faria Lima, 5544 - Vila São Pedro Cep:15090-000 São José do Rio Preto – SP, 17-32015000 ramal 1215.

E-mail: randolfojr@yahoo.com.br