
Artigo de Relato de Experiência

Intervenções cognitivo-comportamentais no câncer de mama: relato de uma experiência

Cognitive-behavioral interventions in breast cancer: report of an experience

 <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.16.20>

Carolina Ribeiro Seabra^{1*}, Marília Aguiar²,
Tânia Rudnicki³

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência em prática clínica, através do atendimento de uma paciente tratada por câncer de mama que apresentou ansiedade elevada e medo de morrer. Foram realizadas intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, buscando-se melhorar a qualidade de vida da paciente, no sentido de minimizar seu sofrimento emocional em função da doença e tratamento, além de dificuldades de ordem familiar. A partir do atendimento é possível afirmar que houve melhora gradual dos sintomas.

Palavras-chave: Câncer de mama; Terapia cognitiva; Técnicas cognitivas e comportamentais; Relação terapêutica

Abstract: This paper aims to present a clinical practice experience, through the care of a patient treated for breast cancer who had high anxiety and dying fear. Interventions based on cognitive behavioral therapy were performed, seeking to

improve the quality of life patient, in order to minimize your emotional distress due to the disease and treatment, and difficulties of family order. From the service, it can say that there has been gradual improvement in symptomatology.

Keywords: Breast Cancer; Cognitive Therapy; Cognitive and Behavioral Techniques; Therapeutic Relationship

INTRODUÇÃO

Câncer é a denominação utilizada para mais de cem doenças diferentes que têm em comum a multiplicação desordenada de células com caráter de malignidade e invasão de órgãos e tecidos. Podem ainda se espalharem pelo organismo, caracterizando uma metástase¹. No que diz respeito ao câncer de mama (CM), o mesmo fenômeno se repete. Assim sendo, diz respeito a vários subtipos da doença, com manifestações clínicas e morfológicas distintas, que têm em comum a multiplicação desordenada de células anômalas, cuja particularidade é estarem localizadas na mama.

O câncer pode ser classificado de diversas formas, levando-se em consideração o grau e a gravidade. O estadiamento da doença determinará se é localizada (precoce),

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)

² Instituto de Pós-graduação Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

³ Faculdade da Serra Gaúcha | Capes Foundation Ministry of Education of Brazil-Brasília/DF

* **Endereço de correspondência:** Rua José Mário Mônaco, 227, sala 505 - Centro - Bento Gonçalves/ RS, Brasil. CEP 95700-066

E-mail: psicologacarolinaseabra@gmail.com

Submetido em: 15/12/2015

Aceito em: 23/02/2016

localmente avançada (tumor em tamanho maior e comprometimento dos gânglios axilares) ou se é metastática (células cancerígenas espalhadas para outros órgãos)^{2,3}.

Depois do câncer de pele não melanoma, o CM é o mais comum entre as mulheres, correspondendo a 25% de novos casos ao ano no mundo. No Brasil, a estimativa para 2015 é de 57.120 novos casos. É uma patologia relativamente rara antes dos 35 anos e sua incidência cresce progressivamente a partir dos 50 anos^{1,3}.

Arelada a essa nomeação, perdas representativas podem ser observadas. Uma delas está associada ao estigma de morte. Ainda hoje, quem recebe o diagnóstico de câncer percebe-se recebendo como uma sentença; não uma morte comum, mas uma morte antecedida e causadora de muito sofrimento⁴. Além disso, os seios são expressão de feminilidade e maternidade, além de terem um apelo erótico muito intenso.

Esse tipo de câncer é apontado como um dos mais temidos pelas mulheres devido à sua alta prevalência e aos efeitos psicológicos, que podem afetar a percepção da sexualidade, feminilidade e imagem corporal^{5,6}. A mulher com câncer de mama experimenta uma série de sentimentos que vêm atrelados a essas perdas.

Uma boa parte das mulheres diagnosticadas com CM e que passaram pelo tratamento, lidam psicologicamente de forma adequada com o fato^{5,6,7}. Relatam sentir-se com mais vigor frente à vida, aos relacionamentos interpessoais e maior valorização da saúde^{8,9}. Contudo, apresentam também muitos prejuízos psicossociais adversos.

Uma em cada cinco mulheres relatam fortes preocupações com o futuro relacionado à sua saúde, nos primeiros meses pós-cirurgia¹⁰. Além disso, mulheres com CM relatam sintomas de depressão, estresse moderado e problemas de ajustamento¹¹. Para muitas, estes problemas são de longa duração, muitas continuam a detectar um nível elevado de sofrimento psicológico em quase dois anos de pós-diagnóstico^{5,6}.

Desta forma, esse diagnóstico provoca reações e respostas fisiológicas específicas, considerados como estressores, podendo estes afetar muitos aspectos da vida destas mulheres. Dentre os fatores estressores, advindos da doença, podemos citar a fadiga, dor, ansiedade, a sintomatologia depressiva, o medo da morte, entre outros¹². Como ferramenta de trabalho, a terapia cognitiva (TC) pode ajudar na adaptação a esta situação. Promove entendimento e suporte emocional frente ao diagnóstico e busca trabalhar com a paciente, seus comportamentos de risco frente à doença propriamente dita e o tratamento¹³. A TC apresenta-se de forma efetiva como uma modalidade de psicoterapia educativa e focal¹⁴.

Dessa forma o presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência com intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, visando melhor qualidade de vida a paciente e diminuição do sofrimento psíquico em função do CM.

A intervenção do psicólogo a partir da TCC é fator determinante para o caminho que a mulher com CM irá tomar, partindo do princípio que, antes de tudo, é fundamental conhecer as peculiaridades e as características que apresentam essa

patologia, bem como o domínio das técnicas aplicadas, para que assim sejam alcançados os objetivos traçados com a paciente.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O presente relato trata da experiência de atendimento a uma mulher de 42 anos de idade, cujos dados serão preservados. Chega trazendo informação sobre histórico de depressão e diagnóstico de carcinoma ductal da mama esquerda (HER2+), sendo submetida inicialmente a procedimento cirúrgico. O nódulo na mama foi inicialmente detectado pela própria paciente, por meio de palpação, com posterior confirmação médica, sendo realizada mastectomia radical com reconstrução imediata.

Chegou à psicóloga encaminhada por Instituição de assistência filantrópica para pacientes com câncer, na região serrana do Rio Grande do Sul. Um ano após o diagnóstico do CM divorciou-se do esposo. Sua rede de suporte constituía-se então, da mãe e dois filhos (cinco e dezenove anos). Após o procedimento cirúrgico realizou tratamento com quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), por um período de seis meses. Concomitante ao tratamento QT tomou herceptin® (18 sessões a cada 21 dias), encerrado medicamento neste mesmo período.

A intervenção psicológica teve como base a terapia cognitivo-comportamental (TCC)¹⁴, sendo então trabalhado o impacto psicológico gerado pelo câncer, sobremaneira em relação aos sintomas depressivos presentes, onde se buscou a melhor compreensão dos processos psicológicos pelos quais passava a paciente. Os dados foram coletados a partir de atendimentos

clínicos, sendo utilizados conteúdos das sessões e levantamento dos Inventários Beck de Depressão e Ansiedade (BDI e BAI). Os atendimentos foram realizados durante o período de quatorze (14) meses, totalizando 54 sessões.

A psicoeducação sobre o modelo cognitivo é o primeiro passo para que a Conceituação Cognitiva se torne eficaz¹⁴. Antes de iniciar o processo de conceituação com a cliente, foi verificado se ela havia compreendido o modelo cognitivo e a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento. A partir desta avaliação foi iniciado o processo.

A conceituação cognitiva faz parte do enquadramento necessário para compreender o paciente, e começa a ser construído já no primeiro contato. Irá nortear o plano terapêutico bem como ao longo do tratamento será modificado, conforme evolução do processo^{13,14}. As técnicas, principalmente utilizadas foram: Psicoeducação; Relaxamento; Parada do Pensamento e Questionamento Socrático.

Os critérios éticos concernentes à privacidade e bem estar da paciente, foram observados e a concordância da mesma ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DISCUSSÃO

A atuação profissional em psico-oncologia objetiva compreender as variáveis psicológicas envolvidas no adoecimento do câncer e intervir junto aos pacientes e familiares visando minimizar o sofrimento advindo do adoecimento pelo câncer^{13,15}. Por meio da avaliação, o profissional irá propor a

intervenção mais adequada para melhor enfrentamento das dificuldades e melhoria na qualidade de vida¹⁶.

Na avaliação e nos primeiros atendimentos a paciente trouxe intensamente a associação do surgimento do câncer com algumas questões emocionais. “*Tenho muitas decepções e estava passando por um momento de muitas tristezas, meu marido me traiu, meu trabalho não é bom*”. Dentre as áreas de funcionamento frequentemente relatadas como adversamente afetadas pelo diagnóstico de câncer estão, a saúde física e psicológica, o bem-estar emocional, a vida profissional, questões sociais e familiares e, principalmente a intimidade conjugal⁷.

Demonstrava intensa culpa, verbalizando que “*me sinto culpada pelos fatos da minha vida e eu não ter feito nada para mudar. Agora é tarde*”. Encontramos aqui a tendência a buscar uma relação de causalidade para a doença de forma a justificar ou promover o entendimento. A literatura aponta que mulheres com câncer de mama tendem a se culpabilizar pelo surgimento do câncer, atribuindo sua causa a questões emocionais¹⁷.

Apesar do câncer não ter uma etiologia única, existem fatores de risco, como idade, história familiar, obesidade, entre outros, que são responsáveis pelo surgimento da doença¹⁸. Tal fato era gerador de extrema angústia à paciente: “*Se eu soubesse que ia ficar doente pelos meus problemas... ah, sinto um aperto no peito só de pensar*”. Diante deste fato, a psicoeducação foi utilizada para trabalhar as possíveis causas reais do câncer por meio de material psicoeducativo.

Quanto ao seu relato da sintomatologia depressiva, prévia ao câncer de mama, e

demanda atual de ansiedade, os atendimentos clínicos apontaram para a efetividade das intervenções psicológicas no manejo destes sintomas psicoemocionais. Apesar do relato de depressão pré-diagnosticada por médico clínico, que havia recomendado uso de medicação (não informada qual), durante seis meses. Tal quadro foi vivenciado seis anos antes do diagnóstico de câncer, não havendo relação com a doença. No decorrer do acompanhamento os escores de depressão mantiveram-se estáveis e dentro da normalidade (escore: 10, nível mínimo).

Foram aplicadas as Escalas de Beck⁷ sendo que o escore observado no BAI, durante o primeiro mês de atendimento, foi 28 pontos (nível moderado). No sexto mês, baixou para 16 pontos (nível leve) e no 12º mês reduziu ainda mais, para sete pontos (nível mínimo). Desta forma, mostram o aproveitamento relacionado com a psicoterapia, apontando para uma considerável redução nos sintomas de ansiedade. Em relação aos escores de depressão, estes não apresentaram resultados significativos, mantendo-se estáveis desde o início.

Dentre suas demandas trouxe queixas da separação e dificuldades de manejo da relação pai/filhos, apontando prejuízos em sua rede social. Apresentava problemas conjugais, devido às traições do companheiro. Relata que, em seus pensamentos, tinha a convicção: “*Se ele mudasse e mantivesse a palavra de ser fiel, poderíamos dar certo, mas sei que ele nunca vai mudar*”.

Diante destes pensamentos, utilizou-se a técnica exame de evidências, para identificar os padrões de comportamento que o ex-companheiro apresentava em diferentes

momentos da vida, de forma a propiciar com que ela refletisse sobre as expectativas e a realidade vivenciada. Assim, depois de *“tentar até o último fio de esperança, dando todas as chances que ele pediu”*, identificou que a melhor solução seria separar-se.

Expressou dificuldades neste momento, pela procura do ex-companheiro: *“ele ainda tem a chave da casa e vem quando bem entende”*. Diz que tem *“dificuldade de dizer não”*. Porém, diz que se mantém *“firme na decisão”* apesar do *“sofrimento e desgaste, principalmente pela não aceitação do meu filho mais novo”*.

A doença altera os papéis familiares, em especial da mulher com câncer de mama, mudando a dinâmica familiar aumentando a tensão e reavivamento de crenças disfuncionais. Como os membros da família raramente são acompanhados emocionalmente, quando do tratamento, têm dificuldades em superar os obstáculos e enfrentar sentimentos paradoxais que a experiência elicia. O acompanhamento da família como um todo pode ser a oportunidade de amadurecimento e reforçador dos elos afetivos que fortaleceriam a união, diminuindo as angústias diante das adversidades que o tratamento pode trazer¹⁹.

O confronto foi definido¹⁰ como o processo no qual a pessoa desenvolve estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com demandas internas e/ou externas, que acontece independentemente do sucesso ou fracasso resultante. Este processo é multidimensional e estabelecido ao longo do tempo, gerando situações que têm características semelhantes, onde a avaliação determina a estratégia selecionada pelo sujeito, fato este que poderia tornar-se

eficiente para resolver ações movidas por cada situação em particular¹².

O referido processo de enfrentamento compreende vários momentos de uma avaliação cognitiva. Primeiro, se avalia a demanda referente ao dano, perda, ameaça ou desafio. Após, a avaliação dos recursos e habilidades do sujeito para enfrentar o evento. No caso de se concluir que os recursos percebidos são insuficientes, se produzirá a resposta de estresse. A avaliação final faz referência ao ajuste dado durante o enfrentamento, que irá depender dos recursos disponíveis e da percepção de controle do paciente²⁰.

O processo de enfrentamento é realizado diferencialmente, não só em relação às exigências apresentadas, mas também a partir da tendência particular de cada indivíduo para responder, baseada em diferentes mecanismos motivacionais individuais. Desta forma, os clientes enfrentam os eventos/situações, com diversos sentimentos e comportamentos, o que determina um estilo próprio que se caracteriza por ser congruente com os conteúdos esquemáticos, de acordo com a forma de perceber a si mesmo, o ambiente, as experiências e o futuro¹¹.

O treinamento de técnicas de relaxamento foi utilizado para combater os sintomas decorrentes do tratamento: indisposição, náuseas, dores e reações de ansiedade. Para trabalhar o pensamento catastrófico relacionado ao prognóstico: *“medo de morrer”*, utilizou-se a parada do pensamento aliada ao questionamento socrático, com a identificação dos dados clínicos da realidade. Desta forma foram percebidas as possibilidades reais de

prognóstico, contribuindo para uma redução dos níveis de ansiedade.

No decorrer do tratamento, a paciente relatou *“meu tipo de câncer é o mais agressivo”*, denotando que seu caso era de extrema gravidade comparada a outros que conhecia. Foi trabalhado, dentro do contexto da paciente, na mídia e outros meios de acesso (internet), casos semelhantes e características sobre os mesmos por meio da técnica de exame de evidências.

Com o tempo, a paciente aprendeu a discernir semelhanças e diferenças relatando *“agora eu sempre vejo antes como é a doença das pessoas antes de me comparar, principalmente quando me contam que alguém não está bem”*. Com o final da medicação (seis meses pós-diagnóstico inicial) a paciente trouxe no relato angústia, insegurança e desamparo. Sentiu-se desprotegida: *“Já que o medicamento inibe o crescimento das células, por que eu não posso tomar por mais tempo? Não deveria ficar tomando por toda vida? Me sinto desprotegida agora”*.

As mulheres podem relatar diferentes necessidades de informação, tanto física como psicológica, que mudam com o tempo desde o diagnóstico². Por exemplo, no diagnóstico e tratamento as mulheres têm relatado que teriam apreciado mais informações sobre diagnóstico e prognóstico, e possíveis complicações, como o linfedema^{5,6}. Após o tratamento inicial para câncer de mama, elas relatam necessidade de informação/apoio sobre uma série de questões, como os efeitos do tratamento no aspecto ginecológico, incluindo irregulares ou dolorosos períodos, perda da libido, problemas de fertilidade e menopausa²¹.

Neste momento, informações sobre fadiga, linfedema e recorrência são também esperados. Entre as sobreviventes de longo prazo, as preocupações incluem acompanhamento médico, medo de recidiva, o risco para outros membros da família do sexo feminino, além dos efeitos colaterais do tratamento^{22,21}.

Diante disso, foi realizada psicoeducação, quando se abordou os efeitos colaterais da medicação, buscando evidências em dados científicos – apontados pelo médico e por pesquisas realizadas com a terapeuta - sobre o tempo total que ela havia já sido medicada (aproximadamente um ano e meio), tempo este suficiente para o seu caso. Esta demanda apareceu novamente em outro momento, no qual, além destas intervenções, utilizou-se o questionamento socrático que a possibilitou de separar suas demandas emocionais atreladas a outras questões da insegurança com relação ao câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções realizadas proporcionaram aprendizagem para fortalecimento emocional e como melhor lidar com o câncer, o tratamento e as suas repercussões, proporcionando notável mudança com consequente melhora no seu estilo de vida. Dessa forma, a paciente mostrou estar instrumentalizada para lidar com suas dificuldades.

A TCC apresentou-se como um importante instrumento terapêutico na assistência em Psico-oncologia dada a urgência do manejo dos sintomas na busca da minimização em relação aos prejuízos

emocionais, fortalecimento nas estratégias de enfrentamento e conseqüente melhoria na qualidade de vida. Ao tratar de um relato de experiência profissional, os resultados não podem ser generalizados. Contudo, assinalamos que a atuação profissional diante

deste caso foi efetiva, caracterizando a importância das intervenções em Psico-oncologia, esperando-se que este relato possa fomentar mais estudos com esta população de mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer e Câncer de mama. 2015. [Acesso em 24 nov 15]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>
2. Morais BLSA. Psicooncologia na mastologia: análise das teses e dissertações publicadas na rede mundial de computadores. [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.
3. Almeida JRM, Gomes AB, Barros TP, Fahel PE, Rocha MS. Simple magnetic resonance imaging criteria can differentiate ductal carcinomas in situ from invasive carcinomas. *Rev Bras Mastologia*. 2015; 25(3): 79-83.
4. Araujo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery*. 2008; 12(4): 664-71.
5. Oxlad M, Wade TD, Hallsworth L, Koczwara B. Post-treatment concerns and needs of Australian women with breast cancer - 'I'm living with a chronic illness, not dying with cancer': a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer. *Eur J Cancer Care*; 2008; 17: 157-66.
6. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2): 185-86.
7. Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada com la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol Caribe*. 2007; 20: 50-75.
8. Nahas EAP, Almeida BR, Buttros DAB, Véspoli HL, Uemura G, Nahas-Neto J. Síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(12): 555-62.

9. Silva SM, Moreira HC, Canavarro MC. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*. 2012; 21: 409-18.
10. Maluf MFM, Jo Mori L, Barros ACSD. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2005; 51(2): 149-54.
11. Arias A, Toro R. Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión. *Psychol Av Discip*. 2015; 9(2): 49-59.
12. Oliveira CP. Insônia e dor: intervenções cognitivo-comportamentais em mulheres com câncer. In: Rudnicki, T, Ramos, C, Patrão, I, Pimenta, F. *Ciclo de vida da mulher: intervenção cognitivo-comportamental na saúde e na doença*. Novo Hamburgo: Sinopsys. 2015; 373-382.
13. Oliveira C, Seabra CR, Rudnicki, T. Intervenção psicológica em oncologia. In Rudnicki, T. & Sanches, M. M. *Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral*. Novo Hamburgo: Sinopsys. 2014; 319-332.
14. Cordioli AV. *Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
15. Fernandes F S, Aguiar MAF. O psico-oncologista no contexto hospitalar em busca de reconhecimento. In: Carbonari K, Seabra CR. *Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida*. São Paulo: Comenius. 2013; 78-99.
16. Scannavino CSS, Sorato DB, Lima MP, Franco AHJ, Martins MP, Morais Júnior JC, Bueno PRT, Rezende FF, Valério NI. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. *Rev USP*. 2013; 24(1): 35-53.
17. Thompson AK, Heyworth JS, Girschik J, Slevin T, Saunders C, Fritschi L. Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case control study. *BCM Res Notes*. 2014; 7(558): 1-8.
18. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(7): 1259-70.
19. Ambrósio DCM, Santos MA. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicol Teor Pesqui*. 2011; 27(4): 475-84.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca; 1986.
21. Thewes B, Buton P, Giris A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of the younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*. 2004; 13: 177-89.

22. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer*. 2004; 91(3): 504-11.