



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Vanessa Souza Santana

**Distorções Cognitivas em Pacientes Oncológicos:
Psicoeducação por meio dos *coping cards***

UBERLÂNDIA

2015



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Vanessa Souza Santana

**Distorções Cognitivas em Pacientes Oncológicos:
Psicoeducação por meio dos *coping cards***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde/Processos Cognitivos

Orientador(a): Prof^ª Dr^a Renata Ferrarez Fernandes
Lopes

**UBERLÂNDIA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S232d
2015 Santana, Vanessa Souza.
Distorções cognitivas em pacientes oncológicos : psicoeducação por
meio dos coping cards / Vanessa Souza Santana. - 2015.
145 f.

Orientadora: Renata Ferrarez Fernandes Lopes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Terapia cognitiva - Teses. 3. Terapia do
comportamento - Teses. 4. Câncer - Pacientes - Psicologia - Teses. I.
Lopes, Renata Ferrarez Fernandes. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



Vanessa Souza Santana

Distorções Cognitivas em Pacientes Oncológicos:

Psicoeducação por meio dos *coping cards*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde/ Processos Cognitivos

Orientador(a): Prof^ª Dr^a Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia,

Prof^ª. Dr^a. Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Orientadora (UFU)

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero

Examinador (UFU)

Prof^ª. Dr^a. Neide Aparecida Micelli Domingos

Examinador (FAMERP)

Prof^ª. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld

(Examinador Suplente)

UBERLÂNDIA

2015

*Dedico este trabalho a todos que se permitem perceber as adversidades da vida com
outros olhos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela graça da vida e pelas oportunidades de crescimento nos encontros com pessoas especiais.

Aos meus amados pais, José Carlos e Ivone, por todos os ensinamentos, apoio, paciência e afeto dedicados durante a minha vida.

A minha irmã Dalila, pela amizade sempre tão cultivada, companheirismo e carinho, incentivando minha evolução como pessoa e profissional.

Ao Fabio, por todo o amor, cuidado e generosidade em compartilhar momentos importantes desse percurso. Sou muito grata por ter você ao meu lado!

Aos meus tios, avós, primos e aos meus amigos, agradeço pela torcida de sempre, pelos momentos de descontração e também apoio em mudanças da vida, que muitas vezes nos surpreende e instiga nossa sabedoria para lidar com caminhos até então não trilhados.

Aos Professores da Graduação e da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFU, pelo exemplo e atenção, em especial ao Prof. Esp. Armando Vieira, com quem aprendi, em conversas nos corredores do IPUFU, a me preparar para esta longa jornada da melhor maneira possível, priorizando a objetividade científica e o cuidado com os percalços do caminho.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Renata F. F. Lopes pela oportunidade de compartilhar deste trabalho desafiador, com compreensão, incentivo e crença no meu potencial. Agradeço imensamente pelas palavras assertivas e direcionamentos que tanto ajudaram na construção desta pesquisa, além de ser fonte de inspiração para o olhar pesquisador, sempre interessado em ir além e contribuir para a prática clínica e docente da Psicologia.

A todas as novas amizades feitas neste mestrado e a equipe do Laboratório de Psicologia Experimental do IPUFU pela acolhida e conhecimentos compartilhados. Agradeço pela disposição ao diálogo, sempre cuidadosa e solícita, e àqueles que foram referência para superar dificuldades. Um especial agradecimento a minha querida amiga, companheira dessa jornada, Jéssica, que, com sua linda filha Lala, me ensinou que mesmo com muitas coisas a fazer, é possível superar desafios e encontrar sorriso e conversa boa de criança no fim do dia.

Gratidão a todos vocês que estiveram comigo, de perto ou de longe, torcendo por essa conquista tão importante em minha carreira!

CANÇÃO DO DIA DE SEMPRE

*Tão bom viver dia a dia...
A vida assim, jamais cansa...*

*Viver tão só de momentos
Como estas nuvens no céu...*

*E só ganhar, toda a vida,
Inexperiência... esperança...*

*E a rosa louca dos ventos
Preso à copa do chapéu.*

*Nunca dê um nome a um rio:
Sempre é outro rio a passar.*

*Nada jamais continua,
Tudo vai recomeçar!*

*E sem nenhuma lembrança
Das outras vezes perdidas,
Atiro a rosa do sonho
Nas tuas mãos distraídas...*

(Mário Quintana)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi construir um instrumento baseado na psicoeducação de distorções cognitivas associadas à experiência do câncer, adaptando-se a técnica cartões de enfrentamento (*coping cards*) de J. Beck para o tratamento psicoterápico de pacientes oncológicos. A partir da psicoeducação, o instrumento busca avaliar distorções cognitivas e psicoeducar pacientes com câncer através de crenças neutralizadoras que atuem na reestruturação de pensamentos distorcidos comumente observados neste contexto. Sentenças contendo elementos relacionados com as distorções cognitivas catastrofização, raciocínio emocional, polarização, abstração seletiva, leitura mental, rotulação, desqualificação do positivo, personalização, hipergeneralização, imperativo e questionalização foram construídas. O método utilizado para verificar a presença de distorções de pensamento e crenças neutralizadoras foi uma prova 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 atuantes em Psicologia da Saúde) participaram neste estudo. Os participantes foram solicitados a responder à Parte A (22 questões) e B (22 questões) e um questionário de dados gerais, ambos informatizados. O teste binomial mostrou que tanto a Parte A quanto a Parte B são válidas para medir distorções cognitivas e crenças neutralizadoras, com alfas de Cronbach acima de 0,7. A análise proporcional das distorções cognitivas relacionadas com o câncer demonstrou que são suscetíveis a uma grande variedade de distorções, complementares umas às outras, especialmente quando julgadas por psicólogos da saúde. Novos estudos devem investigar a prevalência de certas distorções cognitivas em pacientes oncológicos, envolvendo o teste deste instrumento, melhorando o trabalho terapêutico com o uso de estratégias mais adaptativas no tratamento do câncer e a detecção de crenças limitantes nesse processo.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; psicoeducação; pacientes oncológicos.

ABSTRACT

This research aimed to build an instrument based on psychoeducation of cognitive distortions associated with cancer experience, through the adaptation of J. Beck's coping cards technique for the psychotherapeutic treatment of cancer patients. Starting from the psychoeducation, the instrument assessed cognitive distortions and psychoeducated cancer patients through the neutralizing beliefs that work in the restructuring of distorted thoughts commonly observed in this context. So, sentences containing elements related to cognitive distortions catastrophizing, emotional reasoning, polarization, selective abstraction, mental reading, labeling, disqualification of the positive, customization, hipergeneralization, imperative and questionization were built. The method used to verify the presence of thought distortions and neutralizing beliefs was 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 working in Health Psychology) took part in this study. Participants were required to answer Part A (22 questions) and Part B (22 questions) and a general data questionnaire, both computerized. The binomial test showed that both Part A and Part B are valid to measure cognitive distortions and neutralizing beliefs, with Cronbach alpha above 0.7. The proportional analysis of the cancer-related cognitive distortions showed that they are susceptible to a wide variety of distortions, which show complementary to each other, especially when judged by health psychologists. New studies should investigate the prevalence of certain cognitive distortions in cancer patients, involving the testing of this instrument, improving the therapeutic work with use of more adaptive strategies in treatment of cancer and the detection of limiting beliefs in this process.

Keywords: cognitive-behavioral therapy; psychoeducation; cancer patients.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Representação de <i>Coping card</i> 1 - Lado 1 (J. Beck, 1995)	82
FIGURA 2. Representação de <i>Coping card</i> 1 - Lado 2 (J. Beck, 1995)	83
FIGURA 3. Representação de <i>Coping card</i> 2 (J. Beck, 1995)	83
FIGURA 4. Representação de <i>Coping card</i> 3 (J. Beck, 1995)	84
FIGURA 5. Representação de Cartão de Enfrentamento (J. Beck, 2013)	86
FIGURA 6. Representação de Ficha (J. Beck, 2007)	88
FIGURA 7. Representação de Ficha (J. Beck, 2007)	89
FIGURA 8. Representação de Ficha (J. Beck, 2007)	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais propostas para a categorização das Distorções Cognitivas em Terapia Cognitivo-Comportamental	53
Tabela 2. Avaliando e Respondendo aos Pensamentos Automáticos (J. Beck, 1997; 2013)	64
Tabela 3. Distorções cognitivas indicadas pela amostra total de especialistas (AT) e subamostra de especialistas que atuam em Psicologia Hospitalar (APH) ...	101
Tabela 4. Distribuição Binomial em frases elaboradas para avaliar distorções cognitivas (amostra total)	107
Tabela 5. Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases com distorções cognitivas avaliadas pela amostra total de especialistas em TCC.....	108
Tabela 6. Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases com distorções cognitivas avaliadas pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar	109
Tabela 7. Distribuição Binomial em frases elaboradas para avaliar crenças neutralizadoras (amostra total)	110
Tabela 8. Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases contendo crenças neutralizadoras para distorções cognitivas avaliadas pela amostra total de especialistas em TCC	111
Tabela 9. Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases contendo crenças neutralizadoras para distorções cognitivas avaliadas pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar	112

SUMÁRIO

Introdução	13
Capítulo 1 - O câncer, sua etiologia e seu tratamento	20
1.1 - Origens do câncer na história humana	22
1.2 - Fatores psicológicos no surgimento e progressão do câncer	24
1.3 - O tratamento do câncer	30
Capítulo 2 – O modelo cognitivo de Beck e a Terapia Cognitivo-Comportamental	34
2.1 - Pressupostos teóricos do modelo cognitivo de Beck	35
Capítulo 3 - As Distorções Cognitivas: conceituação e uso terapêutico na Terapia Cognitivo-Comportamental	45
Capítulo 4 - A Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pacientes oncológicos	66
4.1 - Estresse e Ajustamento	71
4.2 - Transtorno de ansiedade	73
4.3 - Transtorno depressivo	74
4.4 - Efeitos adversos do tratamento	75
4.4.1 - Fadiga	75
4.4.2 - Náuseas	76
4.4.3 - Efeitos no sono	77
4.4.4 - Manejo da dor	77
4.4.5 - Sexualidade	78
4.4.6 - Obesidade	78
Capítulo 5 - Avaliação e Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental com pacientes oncológicos: o papel dos <i>coping cards</i>	81
Capítulo 6 - Objetivo	94
Capítulo 7 - Método	95
7.1 - Material	95
7.2 - Procedimentos	95
7.3 - Elaboração do instrumento	96
Capítulo 8 - Procedimento de Análise dos Resultados	99
Capítulo 9 - Resultados	101
9.1 - Participantes	101
9.2 - Prova de Juízes Parte A – Distorções Cognitivas	101
9.3 - Prova de Juízes Parte B – Crenças Neutralizadoras	110

9.4 - Resultado Qualitativo: <i>coping cards</i> (J. Beck, 1995) no Tratamento Cognitivo-Comportamental de pacientes oncológicos	112
Capítulo 10 - Discussão	115
10.1 - Prova de Juízes Parte A	116
10.2 - Prova de Juízes Parte B	120
Considerações Finais	126
Referências	131
Anexos	141

Introdução

Situações com forte carga estressora envolvendo problemas de saúde tendem a desencadear pensamentos negativos próprios ao evento, configurando um campo desafiador para intervenções psicoterapêuticas (Moorey, 2005). Entre essas circunstâncias, doenças crônicas como o câncer podem muitas vezes estar associadas a transtornos psicológicos e psiquiátricos, com impacto significativo sobre a qualidade de vida do paciente, bem como sobre suas relações interpessoais. A adequação de métodos compreensivos para estes casos é, certamente, uma meta importante de trabalho para minimizar o sofrimento psíquico inerente ao processo de adoecimento (Lopes, Santos & Lopes, 2008).

Diversas abordagens psicológicas têm se concentrado nestas intervenções. Dentre elas, a Terapia Cognitivo-Comportamental oferece um corpo teórico e técnico bem estruturado, em constante pesquisa para adaptação de suas técnicas à realidade clínica e às comorbidades envolvidas.

Tratando-se de doenças crônicas como o câncer, pesquisas recentes indicam que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem estudado o manejo de comorbidades; efeitos e reações relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer; viabilidade da terapia cognitiva aplicada a circunstâncias adversas de vida; interesse crescente da psicologia da saúde pelos fatores cognitivos que impactam sobre aspectos psicossociais da saúde; câncer como fator instigante de pensamentos relacionados à proximidade da morte; técnicas para redução do estresse no câncer; efeitos do manejo do estresse no câncer de mama em estágio inicial e pós-tratamento; relações entre a teoria da adaptação cognitiva e a recidiva no câncer de mama; compreensão de comorbidades como a angústia psicológica relacionada ao câncer (Antoni et al., 2001; Antoni, et al., 2006; Brothers, Yang, Strunk & Andersen, 2011; Foley, Baillie, Huxter, Price & Sinclair, 2010;

Hamilton & Malcarne, 2004; Lopes, Santos & Lopes, 2008; Lourenção, Junior & Luiz, 2010; Moorey, 2005; Piet, Würtzen & Zachariae, 2012; Rimes, Salkovskis, Jones & Lucassen, 2006; Silva, Aquino & Santos, 2008; Tomich & Helgeson, 2006; Carlson et al., 2004). Outros estudos também têm se concentrado nos efeitos do tratamento psicológico sobre as comorbidades (Andersen, 1992; Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2007; Given et al., 2004; Hopko et al., 2008; Sheard & Maguire, 1999; Trijsburg, Knippenberg & Rijpma, 1992).

No controle de efeitos colaterais em tratamentos como o câncer, técnicas comportamentais abrangem tanto a reabilitação de pacientes psiquiátricos quanto o treino de habilidades comportamentais para o enfrentamento da doença e seu tratamento (Lopes et al., 2008). Fatores cognitivos também são considerados, mesmo quando se discute a aplicação do modelo cognitivo de Beck no que diz respeito a pensamentos distorcidos em situações em que pensamentos negativos são próprios ao evento, e, não necessariamente, são distorcidos. Apesar da quantidade limitada de evidências ambientais contrárias a estes pensamentos negativos, quando, por exemplo, a pessoa está lidando com a recidiva do câncer ou quando sente muita dor, ainda é possível aplicar o modelo, principalmente na flexibilização do processo de ajustamento inerente. Isto porque, a presença de pensamentos negativos realistas no processo de ajustamento ao novo evento é esperada, porém pode vir a dificultar o ajustamento adaptativo quando estes se tornam recorrentes, adquirindo, assim, um caráter disfuncional (Moorey, 2005).

A interpretação de eventos estressores como o câncer possivelmente contribui para a ocorrência de transtornos psicológicos, mantidos por meio de distorções cognitivas que operam no processamento de informações acerca desta experiência desagregadora, destacando-se, entre pacientes oncológicos, os pensamentos distorcidos de catastrofização ligados a pensamentos que se associam a morte (Silva et al., 2008). No

enfrentamento das distorções cognitivas, técnicas para o controle e redução do estresse favorecem uma maior conscientização dos pensamentos negativos envolvidos no processamento cognitivo da realidade, podendo levar à gradativa diminuição de respostas ruminativas ao evento estressor (diagnóstico do câncer) e, de certa forma, mudando o padrão dessas respostas (Foley et al., 2010).

Para compreender a Terapia Cognitivo-Comportamental relacionada ao tratamento do câncer é preciso destacar suas bases teóricas. Com o crescente estudo do processamento da informação, a partir dos anos 50 e a evolução da ciência cognitiva aliada às ciências da computação, inteligência artificial, neurociências, entre outras, a consolidação da psicologia cognitiva moderna se fez mais evidente (Lima, 2003; Lopes, Lopes & Teixeira, 2004). Pesquisas acerca de como o ser humano pensa, interpreta e percebe o mundo vem aumentando conforme a abrangência desses conhecimentos atrelados à cognição humana (Neves, 2006).

Precursor dos estudos aplicados da Terapia Cognitiva, Aaron Beck desenvolveu um modelo clínico sob a seguinte tríade: conceituação, pesquisa empírica e aplicações práticas em psicoterapia (Leahy et al., 2010). Tal fato impulsionou a busca de explicações acerca da sintomatologia de transtornos como a depressão, o que mais tarde auxiliaria na compreensão de comportamentos, emoções e afetos de muitos outros quadros psicopatológicos, inclusive aqueles comórbidos ao câncer. O modelo cognitivo conforme J. Beck (2013) parte do princípio de que a percepção (interpretação) dos eventos influencia diretamente as emoções, comportamentos e a própria fisiologia humana, afetando-se mutuamente. Contudo, cabe destacar que diferentes pessoas reagem de maneiras diversas e algumas vezes opostas a um mesmo evento ou a um evento similar. Isso põe em destaque o papel mediacional da cognição (J. Beck, 2013; Knapp & Beck, 2008).

Desse modo, para as Terapias de base Cognitivo-Comportamental, a representação é construída a partir de cognições (verbais ou simbólicas) associadas a esquemas de crenças vinculados a experiências no decorrer da vida (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1997 citado por Lopes et al., 2008). O modelo cognitivo de Beck (J. Beck, 2013) parte do princípio de que as experiências de vida são organizadas desde a infância, de acordo com o que se pensa sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro, a chamada tríade cognitiva.

Aaron Beck define três níveis de crenças que compõem o modelo cognitivo do processamento de informações. No primeiro nível estão as crenças centrais, onde estão registradas nossas ideias mais profundas sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro. Estas ideias, em geral, são globais, absolutas, rígidas e de difícil acesso verbal. Em um segundo nível estão as crenças intermediárias, onde encontram-se pressupostos e regras internalizadas, aprendidas e dificilmente questionadas. Estas regras dão origem a um terceiro nível de cognição, o nível dos pensamentos automáticos (ideias rápidas e avaliativas sobre as situações), muitas vezes superficiais e de fácil acesso consciente. Em geral, os pensamentos automáticos levam a distorções cognitivas, que podem prejudicar a visão realista das experiências (J. Beck, 2013).

Exemplos típicos de distorções cognitivas envolvem: catastrofização (prever o futuro negativamente), raciocínio emocional (crença na emoção como fator explicativo para o evento), polarização (pensamento dicotômico), abstração seletiva (filtro negativo sobre a situação), leitura mental (acreditar saber o que o outro pensa), rotulação (concluir por rótulos fixos e globais), desqualificação do positivo (desconsiderar a experiência positiva), personalização (acreditar ser o culpado pelas situações), hipergeneralização (atribuição de uma característica específica de uma situação específica a todas as outras

situações), imperativo (afirmações absolutistas sobre si e os outros), entre outros (J. Beck, 2013; Knapp et al., 2004).

Tais erros geralmente se sobrepõem, podendo assim, ocorrer mais de um deles em uma mesma situação (Knapp & Beck, 2008). As distorções atingem seu limiar de ativação quando esquemas disfuncionais são ativados. Estes esquemas funcionam como filtros compostos por crenças nucleares (conceitos absolutos) construídas e reforçadas conforme se associam umas as outras formando estruturas cognitivas modeladoras de pensamento (Beck, 1971 citado por Knapp & Beck, 2008). Tais modelagens provocam erros cognitivos muitas vezes encontrados em psicopatologias. Em situações emocionais potencialmente estressoras, como o câncer, a evitação do contato com tais crenças pode ser uma estratégia escolhida para enfrentar as dificuldades, sem, entretanto, vivenciar por completo a experiência e suas repercussões psicológicas (Knapp & Beck, 2008).

A intervenção sobre pensamentos automáticos no contexto clínico pode ocorrer de variadas formas, sendo geralmente embasada no questionamento dos mesmos, seja de maneira somente verbal (Questionamento Socrático), ou por meio de técnicas manuscritas, contendo auto-instruções que motivam o paciente a enfrentar situações através de recursos cognitivos e comportamentais específicos (J. Beck, 1997).

Uma técnica bastante utilizada é a do cartão de enfrentamento (J. Beck, 1997) originalmente chamada *coping cards*, proposta por J. Beck (1995). Segundo a autora, ao fazer uso de auto-instruções motivadoras, o objetivo da técnica é levar o paciente a enfrentar a situação-problema identificando seus pensamentos automáticos comumente envolvidos e respostas mais adaptadas, com base em crenças neutralizadoras para estes pensamentos. Desse modo, a Terapia Cognitivo-Comportamental propõe métodos eficazes e práticos para a identificação de pensamentos automáticos associados a

distorções cognitivas buscando corrigi-los mediante a confrontação com a realidade, com vistas a promover a autonomia progressiva do paciente, na perspectiva da psicoeducação (Knapp & Beck, 2008).

O enfrentamento das interpretações distorcidas através das técnicas cognitivas de modificação de pensamento brevemente descritas parece ser eficaz, porém os estudos sistematizados para o uso terapêutico desse processamento no contexto dos pacientes oncológicos ainda são escassos.

Nesta perspectiva, a literatura internacional aponta a necessidade de se investigar a natureza dos fatores que predizem o sofrimento e a angústia psicológica no câncer. É possível que dentre estes fatores estejam crenças favorecedoras de quadros de ansiedade, hipótese que se sustenta na ideia comum à abordagem beckiana de especificidade das crenças para cada um dos quadros psicopatológicos. No caso do câncer, uma interpretação de imprevisibilidade e falta de controle pode disparar mecanismos de ansiedade (Rimes et al., 2006). A tênue linha que separa pensamentos distorcidos daqueles negativamente realistas nessa situação deve, portanto, ser considerada. Para Lopes et al., (2008) “Tanto os pensamentos negativos realistas quanto os distorcidos potencializam significativamente o estresse inerente à doença e a seus elementos biológicos favorecendo o aparecimento de comorbidades como a depressão e a ansiedade generalizada” (p. 41).

Conforme descrito, técnicas cognitivo-comportamentais que atuam sobre pensamentos negativos, tanto realistas quanto distorcidos, podem facilitar na redução dos efeitos dos mesmos durante o câncer. As pesquisas mencionadas parecem convergir para a relação entre o câncer e pensamentos distorcidos e negativamente realistas como fatores que favorecem comorbidades psicológicas associadas a transtornos de ansiedade, estresse e depressão, com repercussões em comportamentos desadaptados, num circuito

que retroalimenta negativamente o enfrentamento da patologia. Tais transtornos potencializam e mantêm as distorções de pensamento, podendo também agravar o quadro psicológico do paciente portador de câncer. Nota-se aqui um mecanismo cíclico pernicioso no qual a distorção favorece o transtorno psiquiátrico e o transtorno mantém a distorção. Ao mesmo tempo, parece haver um crescente interesse em psicologia da saúde pelo estudo dos fatores cognitivos como variáveis importantes entre aspectos psicossociais e saúde física, possivelmente porque se percebe cada vez mais a influência dessas variáveis sobre o processo saúde-doença (Hamilton & Malcarne, 2004).

Assim, esta pesquisa pretende abordar as distorções cognitivas comumente associadas a dificuldades no processo de ajustamento ao câncer, com base no modelo cognitivo de Beck para transtornos psiquiátricos. Além disso, serão discutidas as principais contribuições do tratamento psicoterápico de pacientes oncológicos na perspectiva cognitivo-comportamental, bem como ferramentas atuais da abordagem para o enfrentamento de situações críticas de vida, com destaque para a adaptação de técnicas a determinados contextos clínicos, como o câncer. Para tanto, serão apresentados a etiologia da doença e o seu tratamento, considerando-se fatores biológicos e psicológicos no desenvolvimento e progressão do câncer.

Capítulo 1 – O câncer, sua etiologia e seu tratamento

O crescimento celular ocorre tanto de maneira controlada quanto não controlada no organismo (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2013). No câncer, este processo de crescimento ocorre de forma não controlada, desestabilizando o formato e a função das células acometidas, e, por conseguinte, inviabilizando a atividade metabólica dos tecidos. Dessa forma, câncer é o termo usado para denominar um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm como característica “(...) o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo” (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2014, p. 25).

O conjunto de células com crescimento desordenado é chamado neoplasia ou tumor (INCA, 2013). As neoplasias são classificadas de acordo com o comportamento biológico e a histogênese (origem e formação de tecidos). Assim, os tumores benignos são formados por uma massa localizada de células multiplicadas lentamente e semelhantes ao tecido original, formando pseudocápsulas fibrosas que protegem a invasão de tecidos vizinhos. Diferentemente, os tumores malignos são capazes de invadir destrutivamente outros tecidos, num rápido crescimento, podendo atingir outras partes do corpo por meio de metástase (INCA, 2013). Há ainda outros tipos de tumores que não são facilmente diagnosticados como benignos ou malignos, sendo, dessa forma, denominados tumores limítrofes ou *borderline* (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2008).

Segundo estimativas mundiais do projeto GLOBOCAN 2012, o qual é vinculado à Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (*International Agency for Research on Cancer* [Iarc]) da Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2012 foram registrados 14,1 milhões de novos casos de câncer e 8,2 milhões de óbitos por câncer no

mundo. A incidência tende a continuar crescendo tanto nos países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (INCA, 2014).

Dados anteriores do GLOBOCAN 2008 já apontavam como mais frequente o câncer de pulmão, com 1,6 milhões de casos novos e 1,4 milhões de óbitos em 2008. Em segundo, o câncer de mama, com 1,4 milhões de casos novos e 458 mil óbitos, ocupando a quinta colocação em mortalidade por câncer. Logo após, o câncer de cólon e do reto, com incidência de 1,2 milhões de casos e 680 mil óbitos, o câncer de estômago, com 990 mil casos e 738 mil óbitos, o câncer de próstata e o de fígado, com incidência de 748 mil casos e 685 mil óbitos (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2010).

As estimativas para o Brasil indicam a ocorrência aproximada de 576 mil novos casos de câncer nos anos de 2014 e 2015 (INCA, 2014), de acordo com dados do RCBP – Registros de Câncer de Base Populacional – com maior incidência para o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos), seguido pelo câncer de próstata (69 mil), câncer de mama feminino (57 mil), cólon e reto (33 mil) pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo de útero (15 mil).

Comparando-se a incidência de câncer entre homens e mulheres brasileiros, a população masculina apresenta maiores indicadores, com estimativa de 204 mil novos casos, desconsiderando os casos de câncer de pele do tipo não melanoma, câncer de maior incidência no Brasil e com a menor taxa de mortalidade. Dados do RCBP apontam que os tipos mais incidentes de câncer entre os homens serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; enquanto para as mulheres os tipos mais incidentes serão os cânceres de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (INCA, 2014).

Estima-se que em 2030, devido ao crescimento e envelhecimento populacional, em conjunto com a redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas

nos países em desenvolvimento, um total de 21,4 milhões de novos casos de câncer serão registrados, bem como 13,2 milhões de mortes por câncer (INCA, 2014).

Estes dados mostram como o câncer, mesmo descrito de várias formas ao longo da história humana, configura hoje um fenômeno de saúde pública mundial. No Brasil, isso é verificado na sua incidência, que ocorre independentemente de classes sócio-econômicas ou regiões do país (INCA, 2014).

Neste sentido, o Ministério da Saúde propõe o controle e a prevenção da doença como prioridade em todas as regiões, por meio de abordagens múltiplas, como: a) ações em educação para a saúde nos diversos níveis da sociedade; b) trabalhos individuais e grupais de prevenção orientada; c) apoio na construção de leis específicas para o enfrentamento de fatores de risco relacionados ao câncer; e d) fortalecimento de ações educativas em escolas e ambientes de trabalho (INCA, 2014).

O paciente oncológico deve ser acompanhado periodicamente, mesmo após o fim do tratamento tradicional. Apesar de ser uma doença crônica grave, o câncer não necessariamente leva à morte. Possivelmente, a preocupação relacionada ao risco de morte decorre do fato de o câncer estar entre as doenças que mais matam no Brasil, perdendo apenas para as patologias cardiorrespiratórias. O fato é que este risco decorre, na verdade, das dificuldades encontradas na prevenção e diagnóstico rápido da doença. Isto porque, independente de classe sócio-econômica, a prevenção e o diagnóstico ainda são insuficientes para menores índices de mortalidade no país (Campos, 2010).

1.1 Origens do câncer na história humana

Com o avanço da Revolução Industrial, as mudanças ambientais levaram a uma maior exposição da humanidade a diferentes agentes químicos, físicos e biológicos diretamente ligados ao desenvolvimento de tumores. Ao mesmo tempo, ocorreram mudanças comportamentais que afetaram a vida reprodutiva da mulher, com a inserção

no mercado de trabalho e o crescente consumo de medicamentos de origem hormonal. Tais mudanças, como o início mais precoce da vida reprodutiva, a diminuição do número de gestações e da duração do aleitamento materno, a prática do abortamento e o aumento do número de parceiros sexuais, desencadearam, direta ou indiretamente, transformações biológicas no crescimento de células do organismo feminino (INCA, 2008).

Neste sentido, o câncer surge por condições multifatoriais, podendo ser externas (exposição a agentes do meio ambiente e estilo de vida comportamental) e/ou internas (pré-determinação genética). Seu desenvolvimento (carcinogênese) geralmente ocorre ao longo de anos, por meio de várias etapas em que os fatores internos e externos agem conjuntamente ou em sequência (INCA, 2014).

O Brasil caminha para a mesma mudança demográfica já observada em países desenvolvidos, isto é, para um crescente envelhecimento populacional, concomitante a um processo de industrialização, urbanização, avanços científicos e tecnológicos. Isso tem acarretado significativa transformação no perfil de morbimortalidade (sobrevida e morte por doenças), uma vez que a incidência de doenças infectocontagiosas vem decrescendo na população, enquanto as doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer, têm demandado maior foco de cuidado em saúde, devido ao crescimento da incidência e mortalidade (INCA, 2014).

A prevenção da doença concentra-se em minimizar a exposição a seus fatores determinantes, bem como na detecção precoce de algum potencial para malignidade em células do organismo. Além disso, quando o câncer é diagnosticado em fase inicial, o tratamento pode ser mais favorável à cura (INCA, 2014).

1.2 Fatores psicológicos no surgimento e progressão do câncer

A psiconeuroimunologia tem se destacado no estudo da influência do comportamento sobre as interações entre os sistemas nervoso central (SNC), endócrino e imunológico, assim como o impacto desses sobre a saúde (Bauer, 2004). Ao longo da história humana esses mecanismos foram estudados sob diversas teorias que fundamentaram a ideia de que os estados psicológicos são responsáveis pelo desenvolvimento das doenças (Reiche, Nunes & Morimoto, 2005). Os recentes avanços dos estudos nas áreas da biologia, psicologia e neuropsiquiatria, têm revelado o papel dos mecanismos envolvidos no impacto do estresse, da depressão e do apoio social sobre os sistemas biológicos, configurando novas perspectivas para o entendimento da relação corpo e mente (Armaiz-Pena et al., 2009; Bauer, 2004; McDonald, O'Connell & Lutgendorf, 2013; Reiche, Nunes & Morimoto, 2005; Thornton & Andersen, 2006).

Sabe-se hoje que esta rede complexa de interações é formada por uma comunicação bidirecional entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico, sendo o último modulado pelo SNC (Reiche et al., 2005; Bauer, 2004). A comunicação entre estes três sistemas – sistema nervoso central (SNC), sistema endócrino e sistema imune – ocorre por meio de mensageiros químicos secretados pelas células nervosas, células de órgãos endócrinos ou células imunes (Reiche et al., 2005). Mediadores dessa comunicação, os mensageiros químicos são suscetíveis a estressores psicológicos, funcionando sob a influência de comportamentos e emoções que, por conseguinte, podem afetar a resposta imunológica do organismo, causando consequências para o comportamento. Dessa forma, o impacto das emoções sobre o sistema imunológico pode vir a fragilizar nossa defesa natural contra doenças infecciosas ou tumores malignos (Hass & Schauenstein, 2001; Bauer, 2004).

Estas emoções, em geral, estão ligadas a algum agente estressor, o qual pode ser ativado por mecanismos mentais do sistema nervoso central sob a forma de pensamentos, ou ativado por mecanismos físicos, como por exemplo, correr em uma maratona (Bauer, 2004). Várias teorias sugerem que a resposta ao estresse psicológico é cognitiva, ou seja, o evento deve ser percebido pelo sujeito como estressante para que seja eliciado algum tipo de resposta (Thornton & Andersen, 2006). Segundo o modelo de estresse e enfrentamento proposto por Lazarus e Folkman (1984), importantes estudiosos da área, o indivíduo faz dois tipos de avaliação diante de um estímulo potencialmente estressante: uma avaliação primária, em que avalia o valor da ameaça do estímulo; e uma avaliação secundária, em que avalia sua capacidade de resposta ao estímulo. Estas duas avaliações implicam no tipo, direção e intensidade das emoções relacionadas ao estresse gerado, expressas por ansiedade, raiva, culpa, tristeza, vergonha, desgosto. Além disso, estas avaliações podem variar conforme diferenças individuais como traços de personalidade, experiências passadas com o estímulo e auto-eficácia percebida (Bandura, 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

Embora sejam variadas as respostas ao estresse, há um consenso de que eventos precipitantes favorecem o estresse agudo, quando o estresse ocorre em um único episódio, e o estresse crônico, quando o estresse agudo se torna repetitivo ou é alternado com outros estressores por um longo período de tempo, sendo este o tipo mais deletério para a saúde humana (Bauer, 2004). Os efeitos do estresse no desenvolvimento e progressão do câncer têm sido documentados de maneira abrangente na literatura, em investigações sobre os mecanismos celulares e moleculares envolvidos, assim como comportamentos consequentes (Armaiz-Pena et al., 2009; Bauer, 2004; McDonald et al., 2013; Reiche et al., 2005; Thornton & Andersen, 2006) tanto sob a perspectiva dos

estímulos estressores quanto da percepção destes estímulos pelo indivíduo (Thornton & Andersen, 2006).

O estresse psicológico tem sido vinculado à supressão generalizada da imunidade celular, provocando a diminuição da vigilância imunológica e maior vulnerabilidade a patologias (Bauer, 2004). Diversos estudos experimentais corroboram este fato, e, em se tratando do câncer, eventos de vida estressantes têm sido associados com o desenvolvimento da doença, particularmente em situações graves de estresse (Price et al., 2001).

Em um complexo processo que envolve fatores ambientais e psicossociais, o estresse interage com vias de processamento de informações no sistema nervoso central e periférico. Quando se encontra em nível crônico, passa a afetar negativamente a maioria dos órgãos, expondo-os de maneira prolongada aos glicocorticoides e catecolaminas, provocando alterações neuroendócrinas importantes sobre o sistema imune (Bauer, 2004).

As consequências dessas alterações incorrem sobre o aumento do risco para doenças cardíacas e infecciosas. Recentemente, estas alterações devido ao estresse crônico também têm sido observadas nos processos fisiológicos da patogênese de células potencialmente malignas (Armaiz-Pena et al., 2009). Uma vez que a comunicação entre o sistema nervoso central (SNC), o sistema endócrino e o sistema imunológico tem sua homeostase enfraquecida, o organismo se torna mais suscetível a diversas patologias associadas ao estresse. Em acréscimo, as pesquisas apontam que, tanto o estresse crônico como a depressão, levam a reduções significativas na proliferação de linfócitos T e na atividade de células *natural killer* (NKs – células exterminadoras naturais), aumentando a possibilidade do organismo tornar-se suscetível a infecções e ao surgimento do câncer (Bauer, 2004; Penninx, et al., 1998).

A atividade NK representa uma importante linha de defesa na vigilância imune contra tumores, pois funciona como uma barreira para a disseminação metastática das células tumorais presentes no sangue. Entretanto, ainda não está claro na literatura se a atividade NK é reduzida em variadas neoplasias como um resultado do câncer e se realmente está associada ao seu desenvolvimento (Bauer, 2004).

O que as pesquisas reconhecem é a possibilidade de que altos níveis de estresse no adoecimento do câncer reduz a atividade NK, levando, consequentemente, a piores respostas imunológicas e ao crescimento maligno de células (Glaser et al., 2002; Mcn Cain et al., 2005). Assim como o estresse crônico, a depressão clínica pode ser um fator agravante para o risco de doenças como o câncer, dado que a depressão maior está associada a déficits na atividade NK. Entretanto, ainda não há estudos que confirmem a implicação direta do estado depressivo como preditor para o desenvolvimento de tumores cancerígenos (Armaiz-Pena et al., 2009; Reiche et al., 2005; Teng, Humes & Demetrio, 2005). Na verdade, dados de pesquisas experimentais e clínicas reconhecem a depressão comórbida ao câncer como um fator que favorece a supressão do sistema imunológico, e, por conseguinte, a progressão do tumor maligno e a pior sobrevida (Armaiz-Pena et al., 2009; Bauer, 2004; Pennix et al., 2013; Teng et al., 2005).

O estresse muitas vezes leva a mudanças comportamentais. Sob tensão, as pessoas ficam mais suscetíveis a comportamentos menos saudáveis, como a ingestão de álcool, alimentação com maior valor energético, mais gordura e açúcar ou ainda a redução alimentar (Frone, 1999; Macht, 2008). Cada um destes comportamentos variam conforme o gênero: o uso de álcool para lidar com o estresse geralmente é maior entre os homens do que entre as mulheres; o estilo de *coping* ou enfrentamento: indivíduos mais propensos a lidar com o estresse por meio de evitação ou fuga estão mais suscetíveis ao alcoolismo; e o apoio social: pessoas com alto apoio social fazem menor

uso de álcool durante períodos de estresse. A combinação destes fatores com efeitos cognitivos e emocionais do estresse podem acarretar consequências imunológicas negativas, uma vez que pessoas estressadas apresentam sono insatisfatório, diminuem a quantidade e qualidade de exercícios físicos, engajam em hábitos dietéticos não saudáveis, e têm maior propensão ao uso de drogas e álcool (Thornton & Andersen, 2006).

Possivelmente, essas mudanças comportamentais aumentam a sobrecarga do estresse sobre a capacidade do organismo de responder as exigências ambientais, levando a um desgaste chamado na literatura atual como *carga alostática*, afetando o que teóricos da área chamam de alostase – a procura dos sistemas corporais pela estabilidade através da sensibilidade à mudança (McEwen, 2007).

Conforme mencionado, o estilo de vida comportamental é um dos fatores de risco para o câncer, combinado com fatores biológicos, genéticos e hereditários. O tabagismo e a exposição prolongada à fumaça do cigarro aumentam as chances de se desenvolver câncer de pulmão e de boca. Da mesma forma, o consumo excessivo de álcool pode provocar o câncer de boca, assim como o câncer de fígado. Além disso, o alcoolismo potencializa o risco de câncer do trato respiratório em fumantes. A exposição ao sol sem o uso do filtro solar em horários críticos de irradiação contribui para o surgimento do câncer de pele, a ingestão de carne vermelha superior à ingestão de carne branca está associada a um risco aumentado de câncer de cólon e reto, tanto em homens quanto em mulheres, e a ingestão excessiva de gordura está associada ao câncer de próstata. Doenças sexualmente transmissíveis também podem transmitir vírus que, na presença de infecção aumentam as chances de câncer de colo de útero (vírus HPV), câncer de fígado (vírus Hepatite B e C), e vários tipos de cânceres quando o sistema imunológico se encontra debilitado em função da AIDS – síndrome da imunodeficiência adquirida

(Prado, 2014). A obesidade em mulheres após a menopausa também tem sido associada a maiores chances para o câncer de mama (Thuler, 2003).

O câncer é uma doença de etiologia multifatorial. Dessa forma, o sistema imunológico atua diferentemente nos diversos tipos de tumores, acarretando interações variadas entre fatores psicológicos, comportamentais e imunológicos no surgimento do câncer. Por exemplo, tumores induzidos por substâncias químicas carcinogênicas podem sofrer menos impacto destes fatores, enquanto os tumores associados a DNA vírus, como o HPV, EBV, vírus da hepatite B e C (HBV e HCV) sofrem mais influência, assim como tumores acrescidos de um retrovírus próximo a um oncogene (gene que leva a formação de tumores malignos ou benignos) (Steel et al., 2004, citado por Reiche et al., 2005).

Muitos estudos reconhecem que a carcinogênese é parte de um processo multifásico, em que cada uma das etapas sequenciais reflete as mudanças genéticas que estimulam a alteração progressiva de células normais humanas em células malignas. Para tanto, a tumorigenicidade (crescimento do tumor) ocorre somente quando ultrapassa duas barreiras: o envelhecimento replicativo e a crise celular, que cumprem a função de limitar o tempo de vida de cada célula. O tumor, por sua vez, cresce de maneira maligna quando consegue provocar seis alterações essenciais na fisiologia celular: 1) auto-suficiência em sinais de crescimento; 2) insensibilidade aos sinais inibidores do crescimento; 3) evasão de morte celular programada; 4) potencial replicativo ilimitado; 5) sustentação da angiogênese; e 6) invasão de tecidos e formação de metástases (Hanahan & Weinberg, 2011).

O aumento do dano ao DNA celular, em conjunto com alterações no reparo do DNA e a inibição da apoptose – tipo de morte celular programada, importante na manutenção

da homeostase e da regulação fisiológica do tamanho dos tecidos – parece explicar a variabilidade no desenvolvimento clínico das neoplasias (Forlenza & Baum, 2000).

O estresse, por sua vez, além de provocar a diminuição da defesa imunológica do organismo, conforme descrito, tende a bloquear temporariamente a apoptose celular e inibir a atividade de enzimas responsáveis por reparar falhas do DNA na carcinogênese, e assim, aumentar a sobrevivência de células com níveis anormais de DNA, favorecendo o risco de desenvolvimento de células tumorais. Em acréscimo, as alterações comportamentais provocadas pelo estresse e comportamentos visando o seu enfrentamento, como por exemplo, o aumento do uso de álcool e drogas, tabagismo, alimentação não-saudável e o sono improdutivo, entre outros, podem inibir, direta ou indiretamente o sistema imune e eliciar a carcinogênese (Bauer, 2004).

1.3 O tratamento do câncer

A cirurgia para remoção do tumor, a radioterapia e a quimioterapia são os procedimentos básicos que devem ser contemplados no tratamento do câncer, podendo ser combinados conforme o estágio do tumor (INCA, 2014). Todas essas formas de intervenção têm impacto na esfera cognitivo-emocional. Esses impactos serão discutidos posteriormente neste trabalho.

Recomendada em aproximadamente 60% dos casos de câncer, a cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento a modificar o curso da doença. Quando realizada na fase inicial, as chances de controle e cura do câncer são aumentadas. Assim, a cirurgia tem um papel significativo no tratamento dos tumores malignos, funcionando como um método diagnóstico (por meio da biópsia), preventivo, curativo ou paliativo (INCA, 2008).

A intervenção cirúrgica é mais indicada para a remoção de tumores com crescimento lento, proporcionando maiores chances de cura na fase inicial do câncer, e menores

chances de cura em recidivas (reincidências da doença). A associação com outras modalidades terapêuticas, como a quimioterapia e a radioterapia, permite a realização de cirurgias menos radicais, preservando-se maiores áreas de tecidos e órgãos, como no caso do câncer de mama, o que também implica em menores índices de complicações pós-cirúrgicas (INCA, 2008).

Modalidade de tratamento loco-regional, a radioterapia atua irradiando regiões do organismo humano por meio de equipamentos e técnicas variadas (INCA, 2013). O objetivo é cessar a clonogenicidade das células malignas, isto é, eliminá-las ou impedir o crescimento das mesmas, buscando preservar os tecidos normais do organismo (INCA, 2008).

A dose de radiação varia conforme a finalidade do tratamento, a localização e o tipo histológico (formação de tecido) do tumor. A radioterapia pode ser pré-operatória, pós-operatória, pós-QT (após a quimioterapia), paliativa ou curativa. Geralmente é aplicada em períodos de cinco dias consecutivos, com pausas de dois dias para recuperar os tecidos normais (INCA, 2013).

A quimioterapia é um tratamento sistêmico realizado por meio de medicamentos quimioterápicos, administrados de maneira contínua ou em ciclos de intervalos regulares (INCA, 2013). É recomendada para doenças do sistema hematopoiético e para tumores sólidos com ou sem metástases regionais ou em outras partes do corpo (INCA, 2008).

Estas substâncias químicas são empregadas isoladamente ou combinadas. A maioria delas atua de maneira não específica, atingindo tanto células malignas quanto benignas. Isto porque, de certa forma, ao funcionar como um tratamento sistêmico (INCA, 2012), a quimioterapia interfere também outras funções bioquímicas celulares vitais, à medida que age indistintamente sobre o tumor e tecidos normais com

proliferação rápida, como por exemplo, o sistema hematopoiético e as mucosas. Isso faz com que seja necessário interromper o tratamento esporadicamente para que o paciente se recupere a cada ciclo quimioterápico (INCA, 2008).

As células de menor porte possuem uma atividade de reprodução celular mais intensa. Dessa forma, a quimioterapia busca reduzir o tamanho das células cancerígenas, uma vez que as células, quando em divisão celular aumentada, são mais suscetíveis à ação dos quimioterápicos (INCA, 2008). A quimioterapia pode ser usada com finalidade curativa, paliativa, potencializadora (simultaneamente à radioterapia), neo-adjuvante (anterior ao tratamento principal – cirúrgico ou radioterápico) e adjuvante (após o tratamento principal – cirúrgico ou radioterápico). A escolha por um ou outro esquema terapêutico dependerá essencialmente do tipo de tumor, da extensão do câncer e do estado geral do paciente (INCA, 2008). Utiliza medicamentos orais ou intra-venosos, intra-musculares, tópicos (aplicação na região acometida), intratecal (aplicação no canal raquideano) e subcutâneos. O cuidado na combinação da quimioterapia com a radioterapia no tratamento do câncer deve ser considerado, à medida que tal combinação pode aumentar o risco de efeitos tóxicos sobre a região tratada pela radioterapia (INCA, 2013).

São sintomas comuns durante a radioterapia: fadiga, sonolência, disgeusia (diminuição do senso do paladar), disfagia (dificuldade de deglutição), falta de salivação e complicações bucais. Na quimioterapia os sintomas típicos podem ser: náuseas e vômitos, queda de cabelo, mucosite (inflamação da mucosa), diarreia, constipação, anorexia, fadiga e alterações metabólicas. Todos estes sintomas caracterizam efeitos colaterais esperados do tratamento do câncer (INCA, 2008).

A radioterapia também pode desencadear efeitos colaterais a longo prazo. Estes manifestam-se por reações agudas, que surgem até três meses após o tratamento, ou

ainda, por reações crônicas, que geralmente ocorrem após estes três meses ou anos após o fim do tratamento. Tais reações acometem primariamente os tecidos, atingindo aqueles com respostas rápidas, como pele, mucosa, tecido hemocitopoiético, tecido linfóide, aparelho digestivo, ovário e certos tumores. Os tecidos com respostas mais lentas normalmente são internos, como tecidos ósseo, conjuntivo, muscular e nervoso (INCA, 2008).

Por ser uma doença de causas multifatoriais, o câncer é descrito na história humana de maneira ora temerosa, ora esperançosa, uma vez que o avanço tecnológico do conhecimento de causas e possibilidades de tratamento tem provocado a reflexão tanto de pesquisadores quanto de pacientes e familiares que se deparam com a experiência de conviver com o câncer. Sendo assim, a importância de se conhecer sua etiologia e tratamento torna-se imprescindível ao olhar para esta experiência, considerando-se todos os desafios inerentes à situação e repercussões do papel mediacional da cognição neste processo.

Capítulo 2 - O modelo cognitivo de Beck e a Terapia Cognitivo-Comportamental

O conhecimento humano é formado pelas representações que temos da realidade, sendo construído por meio das faculdades da mente humana. Tal conhecimento acumulado e em constante interação com novas informações, afetando a atenção seletiva e a memória, compõe a cognição, uma vez que o aparato cognitivo interage mutuamente com fenômenos internos e externos (Segal, 1988; Williams, Wats, MacLeod & Matthews, 1997, citados por Leahy et al., 2010). A cognição configurou como ponto central no estudo das psicopatologias e estruturação da Terapia Cognitiva beckiana (Beck & Alford, 2000).

Um conjunto de teorias influenciou esta estruturação. Dentre elas, as escolas fenomenológico-humanistas propiciaram: uma estruturação embasada na experiência subjetiva consciente conforme as formulações teóricas de Kant, Heidegger e Husserl; a ênfase no papel do significado e seu impacto nas perturbações psicológicas a partir de filósofos estoicos gregos; e a postura terapêutica de aceitação incondicional do paciente, advinda da terapia centrada no cliente, de Carl Rogers (Knapp & Beck, 2008).

Desse modo, a Terapia Cognitiva compreende o pensamento como a representação que fazemos dos eventos, influenciando emoções, comportamentos e a nossa fisiologia, mutuamente, de maneira que cada situação é percebida a partir de um significado atribuído (J. Beck, 2009; Beck & Alford, 2000).

O modelo cognitivo de Beck norteou a compreensão do funcionamento mental humano e dos processos cognitivos envolvidos em transtornos psicopatológicos, sendo a base teórica fundamental das Terapias Cognitivo-Comportamentais (Knapp & Beck, 2008).

Advindas de fundamentos teóricos distintos, as terapias cognitivo comportamentais diversificaram conforme uma perspectiva cognitivo ou comportamental (Bahls &

Navolar, 2004). Além disso, o foco do tratamento, a fase da terapia e a conceituação cognitiva são determinantes para um direcionamento mais voltado ao uso de técnicas cognitivas ou comportamentais. Um exemplo disso é o tratamento da depressão grave, que demanda, primariamente, técnicas comportamentais, ao passo que a compreensão do modelo cognitivo no tratamento da ansiedade é fundamental ao paciente antes que experimentos comportamentais sejam sugeridos (Knapp & Beck, 2008).

Apesar das diferenças meramente didáticas, a base das Terapias Cognitivo-Comportamentais permaneceu a mesma. Todas pressupõem a cognição como elemento essencial às mudanças terapêuticas na mesma medida em que alterações comportamentais geram mudanças cognitivas (Knapp et al., 2004; Knapp & Beck, 2008). Desta forma, mudanças em qualquer um dos componentes do processamento da informação (pensamento, comportamento, emoção, fisiologia) pode dar início a modificações nos demais. Em Terapia Cognitivo-Comportamental, a prioridade é começar essas mudanças pelos pensamentos, uma vez que a alteração destes impacta em todos os outros componentes, afetando o padrão típico de processamento cognitivo do indivíduo (Knapp et al., 2004). Isto porque a identificação de pensamentos, crenças e distorções, assim como a percepção da disfuncionalidade dos seus pensamentos possivelmente o levam a reestruturar sua visão dos eventos, minimizando a rigidez interpretativa dos mesmos (Vandenberghe & Sousa, 2006).

2.1 Pressupostos teóricos do modelo cognitivo de Beck

Desde a infância, compreendemos a realidade ao nosso redor mediada por interpretações, as quais constituem a tríade cognitiva – ideias sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. Neste sentido, crenças nucleares são formadas a partir de experiências da infância. Elas são duradouras, fundamentais e profundas. São compreendidas como absolutas e incontestáveis à medida que tais interpretações são autoperpetuáveis ao

longo da vida. Compõem o primeiro nível de crenças (as crenças centrais) – o mais profundo – decorrendo daí seu caráter rígido com forte tendência a supergeneralização (J. Beck, 2013). Tais crenças, quando estabelecidas de maneira desadaptativa em interações estressoras, como aquelas experimentadas no adoecimento crônico, ou no transtorno de ajustamento comuns aos adoecimentos, podem exacerbar-se e desadaptar ainda mais a pessoa doente, bem como sua visão de si, do outro e do mundo.

A partir das crenças centrais se desenvolve outro nível de cognição, as chamadas crenças intermediárias, composto de atitudes, regras e pressupostos, os quais nem sempre são articulados entre si. O terceiro nível de cognição (o mais superficial) é o nível relacionado aos pensamentos automáticos. Tais pensamentos operam no mesmo nível dos pensamentos conscientes, simultaneamente a eles (J. Beck, 2013). São ativados conforme o evento: “Em uma situação específica, as crenças subjacentes influenciam a percepção da pessoa, que é expressa pelos pensamentos automáticos em situações específicas” (J. Beck, 2013, p.56).

Os pensamentos automáticos caracterizam-se por interpretações rápidas, espontâneas e involuntárias acerca da realidade (J. Beck, 2013). Devido à falta de raciocínio reflexivo, estes pensamentos geralmente compõem distorções acerca das situações, mesmo que haja evidências objetivas que mostrem o contrário. A tendência geral destes pensamentos é o processamento cognitivo seletivo focado justamente na confirmação das crenças nucleares, por meio de reações emocionais, comportamentais e fisiológicas que se afetam mutuamente (J. Beck, 2013).

Isso decorre da categorização sistemática de informações novas que apreendemos do ambiente, de modo a adequá-las às nossas referências registradas em memória. Tal mecanismo ocorre por meio de estruturas chamadas esquemas cognitivos, os quais fornecem padrões estáveis para categorizar e avaliar experiências, e, por conseguinte,

atribuir significados (Bahls & Navolar, 2004; Beck & Alford, 2000). Neste sentido, os pensamentos distorcidos, especialmente os catastróficos, são muito comuns no adoecimento crônico, especialmente no câncer.

A teoria cognitiva beckiana propõe que os esquemas são formados pela tríade cognitiva. Os conteúdos interpretativos da tríade podem ser adaptados ou desadaptados. (Beck & Alford, 2000). Para Young, Klosko e Weishaar (2008), os esquemas funcionam como estruturas organizativas que auxiliam a entender as experiências de vida. São substanciais à adaptação psicológica, permitindo a atribuição de significados às experiências.

Em quadros psicopatológicos como a depressão ou de ansiedade (comorbidades comuns ao paciente oncológico), os esquemas se associam a crenças negativas e, segundo o modelo cognitivo de Beck, influenciam de forma desadaptadas o comportamento, o afeto e a fisiologia da pessoa (Leahy et al., 2010). Este achado colocou o pensamento interpretativo como o princípio fundamental da Terapia Cognitiva (Knapp & Beck, 2008).

Embasado nos conceitos teóricos da cognição e da fenomenologia, Aaron Beck elaborou um modelo para a depressão visando compreender como as pessoas deprimidas se tornam suscetíveis a sintomas depressivos e à recorrência dos mesmos. Em *insights* clínicos constatou que esta predisposição se refere a um traço característico, uma vez que os episódios depressivos tendem a surgir e desaparecer na mesma medida em que os traços permanecem constantes. Traços característicos específicos (com especificidades cognitivas) estão presentes em uma série de morbidades psicológicas. A isso denominou vulnerabilidade cognitiva (Kovacs & Beck, 1978, citado por Leahy, et al. 2010). Tais traços latentes são encontrados nos esquemas. Em pessoas deprimidas

eles tendem à disfuncionalidade, à medida que concentram conteúdos demasiadamente negativos e rígidos no que se refere à tríade cognitiva (Kovacs & Beck, 1978).

Dois princípios são essenciais para entender a vulnerabilidade: a) os esquemas disfuncionais são ativados parcial ou completamente por estímulos que correspondam a tais esquemas (Segal e Ingram, 1994 citado por Leahy et al. 2010) de modo que tanto o processamento da informação, quanto as cognições mais presentes tendam a um viés mais negativo; e b) as experiências ativadoras destes esquemas envolvem fatores estressores que atuam de maneira diferente em cada um, mesmo quando apresentarem conteúdos semelhantes (Beck, 1987, citado por Leahy et al. 2010).

Importante mencionar que a vulnerabilidade cognitiva também é encontrada em outros transtornos psicopatológicos, e, apesar de resistente à mudança, esta predisposição interpretativa pode ser amenizada por meio de terapia (Leahy et al., 2010).

Outro conceito chave é a teoria da especificidade cognitiva (Leahy et al., 2010). Nosso processamento da informação se torna enviesado à medida que esquemas disfuncionais são ativados por fatores externos ou internos. Isto porque, de certa forma, a supergeneralização característica das crenças centrais encontradas nestes esquemas converge para um conteúdo cognitivo específico, o qual, geralmente compõe um determinado transtorno (Beck, 2005).

Nesta perspectiva, mesmo que o significado atribuído a um evento seja idiossincrático, isto é, único, o conteúdo cognitivo geralmente traz consigo temas em comum, uma vez que diferentes formas de conceber a realidade estão associadas a respostas emocionais específicas (Beck, 1976), assim como na psicopatologia integram-se a uma multiplicidade de domínios relacionados – cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais (Beck, 1996/2005).

Alguns exemplos desta especificidade são descritos por Knapp et al. (2004) sob a perspectiva de perfis cognitivos de transtornos psiquiátricos como a depressão, a ansiedade generalizada, o comportamento suicida e o transtorno obsessivo-compulsivo. É comum observar sintomas destes transtornos no câncer, uma vez que diversas pesquisas referentes a doenças crônicas consideram-no como uma doença de alta vulnerabilidade emocional, e, desse modo, suscetível a comorbidades psicológicas (Lopes et al., 2008).

Na depressão os pensamentos incidem negativamente sobre a tríade cognitiva, isto é, a pessoa depressiva apresenta uma visão negativa abrangente de si mesma, dos outros e do futuro (Beck, 1967; Knapp et al., 2004). Na experiência do câncer o teor negativo em relatos de pacientes oncológicos muitas vezes pode ser uma representação condizente com uma situação depressiva, uma vez que o diagnóstico e tratamento da doença trazem consigo um fator estressante significativo (Moorey, 2005).

As crenças individuais do paciente oncológico acerca da patologia também são influenciadas pelo estigma de morte construído sócio-culturalmente. A conotação negativa da doença, associada ainda hoje à sentença de morte, percorre seu imaginário (Maluf, Mori & Barros, 2005; Moorey, 2005).

Além disso, o bom diagnóstico nem sempre é sinônimo de certeza: ao deparar-se com o câncer, o paciente se vê diante de um futuro incerto e com possibilidades de recidiva da doença. As reações emocionais diante do diagnóstico e a cada etapa do tratamento são diversas, incluindo raiva, sintomas depressivos e medo. Pensamentos como: “Eu não consigo enfrentar” e “Eu sou um fracasso”, comuns entre pacientes oncológicos, revelam o teor negativo de previsões sobre o futuro e sobre o indivíduo em si, com forte autocrítica. Outras crenças negativas relacionadas ao mundo e aos outros podem ser exemplificadas por pensamentos imperativos de autoexigência, culpa e a

percepção de ser um fardo para os outros, impedindo a busca de apoio e a expressão de sentimentos naturalmente esperados para o enfrentamento da doença e seu tratamento, como a tristeza, o estresse, a fraqueza e a angústia. Num viés confirmatório, o paciente com câncer muitas vezes tende a concentrar seu foco de atenção em evidências para seus pensamentos negativos. Isso possivelmente ocorre quando a redução do seu humor incide sobre as cognições de maneira cada vez mais distorcida, levando-o a conclusões imprecisas sobre a experiência (Moorey, 2005).

Semelhantemente, na ansiedade generalizada a tríade cognitiva sofre uma distorção: a pessoa vê a si mesma como vulnerável, o mundo como perigoso e o futuro como imprevisível, de tal maneira que o mundo é percebido por um viés interpretativo de medo em relação a perigos físicos ou psicológicos. Transtornos como o pânico e a hipocondria também podem se tornar sintomáticos com a intensificação da ansiedade, uma vez que se caracterizam, respectivamente, por medo de perigo físico ou mental iminente e preocupação com doença insidiosa, isto é, quando não há indícios de sintomas específicos para a doença alvo de preocupação (Knapp et al., 2004; Torres & Crepaldi, 2002).

O transtorno de ansiedade, assim como a depressão, está entre os mais frequentes no câncer, seguido de comorbidades como a angústia emocional, a agressividade, os distúrbios do sono e a fadiga (Knapp et al., 2004; Fischer & Wedel, 2012; Carlson, et al., 2004). Em geral, estas comorbidades psicológicas se desenvolvem na medida em que uma pequena angústia se instala durante o tratamento oncológico. Na medida em que dificuldades de adaptação à doença se intensificam, as respostas naturais de ajustamento adquirem o caráter de um transtorno psicológico, levando, por conseguinte, a transtornos graves como a depressão e a ansiedade, os quais encontram nestes eventos críticos condições latentes para que se manifestem, como o medo da morte, insegurança

e incerteza, e a imprevisibilidade dos resultados do tratamento (Fischer & Wedel, 2012; Moorey, 2005). Por vezes, as pressuposições rígidas, absolutas e globais com pouca ou nenhuma flexibilidade para mudanças impedem o sujeito de assimilar as novas informações provenientes de situações adversas de vida, limitando, nestes casos, o processamento emocional (Moorey, 2005).

Considerando-se a especificidade cognitiva bem delimitada para a ansiedade e a depressão em termos do modelo cognitivo, convém mencionar que o transtorno de ajustamento ainda está em fase de estudos, e, portanto, o diagnóstico diferencial deve ser embasado quanto ao tempo de duração do transtorno e à severidade do mesmo. Outro fator diferencial é o não preenchimento dos critérios para um outro diagnóstico, em casos de sofrimento em resposta a uma situação estressora significativa. Neste sentido, reconhecer o processo de ajustamento em doenças como o câncer é essencial para o tratamento psicoterápico das comorbidades envolvidas, uma vez que o transtorno de ajustamento pode inclusive desencadear transtornos psiquiátricos mais graves, conforme descrito (Moorey, 2005).

Outro transtorno que merece atenção é o comportamento suicida. Segundo Knapp et al. (2004), pessoas com este tipo de transtorno apresentam um perfil cognitivo de desesperança, com forte conceito autodesqualificador. As evidências em literatura sugerem um alto nível de associação entre o comportamento suicida e outros transtornos subjacentes graves, como a depressão, a ansiedade, o pânico, o transtorno bipolar e a dependência química, os quais aumentam a tendência de morte por suicídio (Clark e Fawcett, 1992, citado por Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009).

Situações críticas de vida, como o diagnóstico do câncer e o agravamento da doença, também podem precipitar reações emocionais intensas. Um estudo transversal realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp) avaliou

675 pacientes oncológicos para determinar a prevalência de depressão e comportamento suicida. Para tanto, foram utilizados instrumentos como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a seção comportamento suicida do *Mini International Neurosychiatric Interview* (MINI). A pesquisa constatou que aproximadamente um em cada cinco pacientes sofre de sintomas depressivos (18,3% compreende os critérios para depressão) e que 5% da amostra total apresenta risco de suicídio, sendo encontrada maior probabilidade de risco suicida entre os deprimidos e aqueles com sintomas de dor (Fangner et al., 2010).

Outro estudo, realizado na Suíça entre os anos de 1991 e 2006, analisou o risco de suicídio e morte por doenças cardiovasculares no período imediatamente após o diagnóstico do câncer em uma amostra de 534.154 pacientes, comparada com uma amostra de pessoas que nunca receberam o diagnóstico da doença e pacientes que haviam recebido o diagnóstico do câncer há mais de um ano (Fang et al., 2012). Os resultados demonstraram que os índices de suicídio e morte por doenças cardiovasculares foram maiores entre os pacientes com diagnóstico recente de câncer, principalmente entre aqueles com piores prognósticos.

Mesmo realizadas em países distintos, estas duas pesquisas parecem corroborar com os resultados encontrados na literatura quanto ao caráter autocrítico do perfil cognitivo do comportamento suicida, geralmente associado a transtornos depressivos e de ansiedade, os quais tendem a ser acentuados em situações adversas de vida como o câncer.

O modelo cognitivo propõe que o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) caracteriza-se por erros na avaliação de pensamentos intrusivos indesejados, sendo interpretados como ameaças pessoais altamente significativas (Leahy et al., 2010).

Pensamentos recorrentes sobre segurança e atos repetitivos para precaver-se de ameaças são centrais no perfil cognitivo deste transtorno (Knapp et al., 2004).

Uma questão discutida na literatura é o papel das crenças disfuncionais sobre o agravamento e manutenção do TOC, com as crescentes contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do transtorno (Salkovskis, 1985; Salkovskis, Forrester, Richards, 1998).

Pesquisas têm identificado que as crenças disfuncionais se relacionam ao transtorno obsessivo compulsivo sob seis domínios: tendência a superestimar o risco, responsabilidade, o poder do pensamento, necessidade de controlá-lo, necessidade de ter certeza e perfeccionismo (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 1997 citado por Knapp et al., 2004). Embora existam poucos relatos sobre o transtorno em pacientes oncológicos, obsessões e compulsões podem se manifestar em outros transtornos psiquiátricos, como transtornos de impulso, transtornos alimentares, estresse pós-traumático, depressão e ansiedade (Knapp et al., 2004).

Nesta perspectiva, o caráter ruminativo das preocupações no TOC associadas a sintomas depressivos ou ansiosos durante e após a experiência do câncer possivelmente impactam sobre o enfrentamento da doença. Indícios de preocupações de autocrítica, necessidade exagerada de controle e certeza, e auto-responsabilização sobre as situações podem, dessa maneira, estar correlacionadas a sintomas do transtorno obsessivo compulsivo no câncer.

O modelo cognitivo desde suas primeiras formulações até os estudos mais recentes tem funcionado como uma integração da pesquisa à prática nas Terapias de base Cognitivo-Comportamental. Logo, a compreensão dos transtornos psiquiátricos embasados no modelo cognitivo é de suma importância no estabelecimento de metas terapêuticas, análise de sintomas psicológicos, tanto em transtornos psiquiátricos quanto

em condições médicas, de maneira que a conceituação cognitiva possa ser construída e continuamente revisada para a melhor adequação do tratamento.

Capítulo 3 - As Distorções Cognitivas: conceituação e uso terapêutico na Terapia Cognitivo-Comportamental

É comum observar erros de pensamento que, por vezes, levam o indivíduo a desenvolver ou manter crenças e comportamentos desadaptados (J. Beck, 1997). Em Terapia Cognitivo-Comportamental estas ideias enviesadas são denominadas “Distorções Cognitivas”, conceituadas dessa forma para categorizar as distorções típicas que interferem nas interpretações que fazemos das experiências (Knapp et. al, 2004).

As distorções cognitivas frequentemente são observadas em transtornos psiquiátricos, sendo classificadas como níveis de cognições desadaptadas, compostos por pensamentos ou crenças inadequadas ou falhas, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association*, APA, 2002). A temática foi estudada primeiramente por Albert Ellis (Ellis, 1959), ao descrever as distorções na perspectiva da linguagem (Ellis, citado por McMullin, 2005). Livros de lógica contemplaram o conceito, descrevendo-as sob a denominação de falácia (Fearnside & Holther, 1959 citado por McMullin, 2005). Outros autores, como Gardner (1957, 1981, 1991), Randi (1989, 1995), Carl Sagan (1995), Sprague de Camp (1983) e Taylor (1963) também contribuíram para o estudo e a descrição do assunto (McMullin, 2005).

Nas raízes das distorções estão os pensamentos automáticos, os quais, caracterizam-se por pouca ou nenhuma avaliação, surgem concomitantes aos processos psicológicos, podendo levar a pessoa a conclusões inválidas sobre si, sobre os outros ou sobre o mundo (J. Beck, 2013). Comumente isto incide em erros na atribuição de significados às experiências, podendo ocorrer em maior ou menor grau. O tema ganhou destaque com as publicações de Gardner, Fearnside e Holther, Taylor, Albert Ellis e Carl Sagan (McMullin, 2005). A Terapia Cognitivo-Comportamental, por sua vez, integrou o

conceito *distorção cognitiva* ao processo terapêutico em técnicas avaliativas e psicoeducativas.

Conforme o exposto, conferir significado à realidade está intimamente associado ao que a Terapia Cognitivo-Comportamental denomina esquema, um importante conceito da abordagem que se relaciona à temática de distorções cognitivas. Para Young, Klosko e Weishaar (2008), os esquemas contêm as representações mentais do *self*, ou seja, ideias profundamente enraizadas acerca da visão de si mesmo. São sistemas complexos formados no início da vida. Entretanto, tal fato não leva a ativação dos mesmos apenas em determinados momentos da infância. A tendência é que os esquemas sejam superpostos a cada experiência, de modo que confirmem estabilidade à visão de si e do mundo, mesmo que distorcida ou inaplicável à realidade, e que ainda cause algum tipo de sofrimento à pessoa. Quando desadaptados, os esquemas são chamados esquemas primitivos ou Esquemas Iniciais Desadaptativos, os quais lutam por permanência através de mecanismos de distorções do pensamento (Young, 2003).

Mesmo que não seja originado por algum trauma na infância, qualquer esquema desadaptado é potencialmente destrutivo para o indivíduo. Para Young, Klosko e Weishaar (2008), o centro da discussão concentra-se nas necessidades emocionais não satisfeitas da infância, funcionando como elemento central para a estruturação dos esquemas.

Desse modo, cognições, sensações corporais, memórias e emoções fazem parte do esquema e o organizam. Seu funcionamento tende tanto à perpetuação (pensamentos, sentimentos e comportamentos reforçando o esquema) quanto à cura (pensamentos, sentimentos e comportamentos enfraquecendo o esquema). As distorções cognitivas atuam justamente na perpetuação dos esquemas desadaptativos, sendo um dos mecanismos básicos para manter o esquema, em conjunto com os padrões de vida auto-

derrotistas e os estilos de enfrentamento dos esquemas. Isto ocorre porque a percepção errônea das experiências, a partir de uma visão distorcida, acaba por reforçar o esquema, enfatizando-se informações que o corroborem ou rejeitando-se qualquer informação que o conteste (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

As referências mais utilizadas para a categorização das Distorções Cognitivas dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental são propostas por Judith Beck (1997), Teixeira (2004) e Knapp et al. (2004). As classificações em erros típicos de pensamento variam conforme a quantidade e as nomenclaturas, demonstrando como ao longo dos estudos esta temática foi aprimorada para o uso terapêutico do construto. A categorização das Distorções Cognitivas segundo estes três autores pode ser vista na Tabela 1.

Observando a Tabela 1, podemos inferir que algumas categorias, inicialmente agrupadas como distintas – por exemplo, filtro mental ou abstração seletiva e visão em túnel – passaram a ser agrupadas num mesmo conjunto por Knapp et al. (2004), uma vez que são mais observadas como concordantes do que discordantes. Por outro lado, há categorias denominadas de maneira levemente diferente, porém mantendo o mesmo significado, como a argumentação emocional e o raciocínio emocional ou emocionalização, e a magnificação/minimização e a minimização e maximização. Há ainda categorias que constam em um dos modelos, mas não são consideradas em outros, o que não necessariamente exclui a importância de uma ou de outra, como no caso da inferência arbitrária (concluir por meio de um raciocínio falho ou sem provas suficientes para isso), proposta por Teixeira (2004), supergeneralização (tirar conclusão negativa que ultrapassa a situação atual), proposta por Judith Beck e a hipergeneralização (perceber num evento específico um padrão universal), proposta por Knapp et al. (2004). Apesar das diferenças e semelhanças, todas estas classificações demonstram a intersecção e sobreposição de uma distorção sobre a outra, processo que ocorre

naturalmente, pois as distorções advêm de pensamentos automáticos que podem ocorrer ao mesmo tempo em uma mesma situação (Knapp et al., 2004).

Em Terapia Cognitivo-Comportamental, conforme se aprende a identificar e dar nome a cada distorção de pensamento busca-se desenvolver respostas alternativas que contraponham o impacto negativo destas interpretações disfuncionais, por meio de um trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta. É durante este aprendizado que se torna possível a modificação de pensamentos distorcidos, aprimorando-se esta habilidade entre as sessões, através de automonitoramento e outras tarefas prescritas. O simples fato de identificar e nomear a distorção produz, muitas vezes, um impacto cognitivo considerável, podendo enfraquecê-la. Ao compreender o conceito de cada distorção, o paciente atentar-se-á para a ocorrência de cada uma delas em seu cotidiano, podendo, assim, examinar as evidências que convergem para a validade ou não de seu conteúdo (Knapp et al., 2004).

O teor negativo das distorções é evidenciado na conceituação cognitiva do transtorno depressivo. Segundo Knapp et al. (2004), o modelo cognitivo supõe que os sintomas da depressão são causados e mantidos por distorções do pensamento de conteúdo negativo, sem, entretanto, negar a importância predominante dos fatores biológicos. Este modelo propõe que os sintomas cognitivos e motivacionais da depressão têm como causa e manutenção das distorções nos três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças subjacentes e crenças nucleares.

Desta forma, os sintomas depressivos podem ser explicados como interpretações tendenciosas dos eventos, que têm por base um viés de interpretação negativa. Tal viés, atuando sobre a tríade cognitiva, desperta um humor depressivo congruente com a distorção; por sua vez, este humor potencializa a ativação de percepções negativamente distorcidas, que, por conseguinte, levam a mais humor deprimido; os pensamentos se

tornam cada vez mais negativos e o humor, mais depressivo, em um movimento espiral (Beck, 1976; Knapp et al., 2004; Knapp & Beck, 2008).

As distorções cognitivas afetam não somente pessoas com transtornos psicológicos, mas também aquelas consideradas “mais inteligentes”, conforme descrevem Freeman e DeWolf (2006). Uma vez que o ser humano é suscetível ao processamento distorcido da informação, em maior ou menor grau, as distorções podem enviesar pensamentos, mesmo quando não houver algum tipo de transtorno subjacente. Freeman e DeWolf (2006) teorizam que um fator condicionante para isso é o limiar de estresse, o qual funciona como uma variável que leva o indivíduo a sucumbir a uma ou mais distorções cognitivas em situações cotidianas.

Nosso funcionamento cognitivo é relativamente bom enquanto permanecemos abaixo do limiar de estresse, porém, quando esta linha de tolerância é ultrapassada, os pensamentos automáticos tipicamente prejudiciais vêm à tona e se fazem mais presentes, moldando nossas emoções e comportamentos. A vulnerabilidade ao estresse pode ser entendida, para Freeman e DeWolf (2006), segundo fatores de vulnerabilidade, como a fome, a raiva, o abuso de drogas, a solidão, a fadiga, a dor, doenças, perdas profundas, a falta de sono e mudanças significativas na vida (mesmo aquelas que parecem trazer benefícios, como promoção no trabalho, a chegada de um filho, casamento, etc).

Pesquisas têm apontado que situações adversas como o câncer impactam sobre o limiar de estresse individual, levando a transtornos emocionais que podem ter seus níveis acentuados a cada novo estágio 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 uma sensação de ameaça

constante, o paciente oncológico precisa enfrentar um tratamento com efeitos colaterais que o afetam tanto ao nível físico quanto emocional (Moorey, 2005).

Repercussões da mastectomia (cirurgia para remoção do tumor no câncer de mama), a qual afeta principalmente a auto-estima da mulher, com impactos sobre sua imagem corporal, sexualidade e funcionamento psicossocial (Neme & Lipp, 2010), são mantidas por sintomas cognitivos e afetivos característicos da ansiedade e de estresse persistentes durante o tratamento do câncer (Antoni et al., 2009). Estudos têm identificado os impactos negativos da angústia e da ansiedade sobre os mecanismos neuroendócrinos e de regulação imunológica no câncer (Segerstorm, 2004; Taylor, Repetti & Seeman, 1997; Levy et al., 1990, citados por Antoni et al., 2009). A quimioterapia pode deixar o paciente indisposto devido ao longo período de tratamento e aos sintomas colaterais frequentes, como náuseas e vômitos, fadiga, queda de cabelo, alterações gastrointestinais e metabólicas. A radioterapia, mesmo causando sintomas como fadiga e desânimo, não necessariamente acarreta tanta perturbação psicológica quanto a cirurgia e a quimioterapia, entretanto, a vulnerabilidade ao estresse deve ser considerada (Moorey, 2005; INCA, 2008).

Os fatores de vulnerabilidade tendem a reduzir o limiar de estresse individual, e, sob o efeito deles, a pessoa pode incorrer em mais erros de pensamento. Outro agravante é que nem sempre é possível perceber nossos pensamentos de maneira exata, e ainda, o quanto influenciam nossas emoções e ações. Mesmo com o apoio psicoeducativo da Terapia Cognitivo-Comportamental, por meio do aprendizado acerca do modelo cognitivo e treino de habilidades de observação e registros dos pensamentos, o paciente muitas vezes pode apresentar dificuldades em perceber todas as situações em que ocorrem distorções cognitivas. Isto porque os paradigmas individuais, incorporados de regras ensinadas nas relações iniciais e nucleares (família, escola, religião e amigos),

influenciam fortemente o modo de processar e organizar as informações da realidade (Freeman & Dewolf, 2006).

Conforme mencionado, o indivíduo desenvolve crenças sobre si, sobre os outros e sobre o mundo desde a sua infância. Estas crenças são denominadas *crenças centrais* e são entendidas como compreensões tão fundamentais que nem sempre se consegue articulá-las para si mesmo (J. Beck, 1995).

É possível que durante boa parte da vida as crenças centrais sejam mantidas relativamente positivas, como em crenças do tipo “*Eu sou amável*”; “*Eu sou digno*”. Todavia, crenças centrais negativas podem ser ativadas durante situações de aflição psicológica. Nesses momentos, a tendência geral é processar seletivamente as informações, focalizando-se aquelas que apoiam a crença central ativada e distorcendo as informações que a contradizem. Assim, a crença é mantida, podendo variar em precisão e funcionalidade. Um exemplo disso é o paradigma da “dependência e desamparo”. Quando uma pessoa percebe o mundo por meio deste paradigma, é provável que acredite ser perigoso discordar dos outros e que seja importante procurar ser apreciado por estas pessoas. São estes paradigmas individuais que explicam a maior suscetibilidade a um tipo de distorção cognitiva do que a outro. De certa maneira, o indivíduo cresce acreditando que seu paradigma é a própria realidade, e não a sua realidade percebida, tendendo, assim, a não questioná-lo (J. Beck, 1997).

Organizamos nossas experiências, desde os primeiros estágios desenvolvimentais, tentando extrair sentido do ambiente. Isso leva a formação das crenças intermediárias, que consistem em atitudes, regras e suposições balizadoras da visão do sujeito em diversas situações. Esta visão influencia, por sua vez, a maneira como o indivíduo pensa, sente e se comporta. Em meio às situações, surgem pensamentos automáticos específicos, num nível mais superficial de cognição. Todos estes níveis são articulados

pelo processamento de informação, o qual organiza as experiências de maneira coerente para que o sujeito funcione de forma adaptativa ao ambiente (J. Beck, 2013).

Porém, nessa tentativa de fazer sentido e funcionar adaptativamente, muitas vezes o indivíduo incorre em comportamentos desadaptativos. De maneira circular, as crenças subjacentes influenciam a percepção do sujeito, pensamentos automáticos relacionados a esta percepção surgem em situações específicas, e, estes, por conseguinte, influenciam as emoções. Isto significa que na interação crença-pensamento a crença acaba sendo fortalecida pelos pensamentos, os quais, em essência, são produtos das crenças. Isso talvez explique a razão dos pensamentos automáticos parecerem adequados para o sujeito, por mais inadequados que se mostrem na avaliação de seu conteúdo (J. Beck, 1997; Freeman & DeWolf, 2006).

As distorções cognitivas também podem acontecer sob a forma de preocupações (Leahy, 2007). Entre as pessoas altamente preocupadas, o hábito de preocupar-se está associado a um conjunto de regras mentais constantemente seguido, reforçando o círculo vicioso da preocupação. O indivíduo neste estado tende a pensar que: se algo ruim pode acontecer, e se é possível imaginá-lo acontecendo, então é responsabilidade sua preocupar-se com isso; não se deve aceitar quaisquer incertezas, é preciso ter certeza absoluta; pensamentos negativos devem ser tratados como se fossem realmente verdade; qualquer coisa ruim que venha a acontecer é reflexo de si mesmo; o fracasso é inaceitável; as pessoas devem se livrar de quaisquer sentimentos negativos imediatamente e tudo deve ser tratado como emergência. As pesquisas sobre o assunto trazem uma compreensão sobre a forma como a preocupação funciona. Muitas vezes, as pessoas diminuem a ansiedade quando se preocupam e deixam de entrar em contato com as emoções perturbadoras subjacentes à preocupação. Um fator crucial para esta esquiva é a intolerância à incerteza (Leahy, 2007).

Tabela 1

Principais propostas para categorização das Distorções Cognitivas na abordagem cognitivo comportamental

Judith Beck (1997)	Teixeira (2004)	Knapp et al. (2004)
1. Pensamento tudo ou nada (dicotômico): perceber a situação a partir de apenas duas categorias em vez de um contínuo. 2. Catastrofização: prever o futuro de maneira negativa sem considerar outros resultados mais prováveis. 3. Desqualificação do positivo: dizer para si mesmo, não razoavelmente, que experiências, atos ou qualidades positivos não contam. 4. Argumentação emocional: pensar que algo deve ser verdade porque isso é sentido de maneira tão convincente que se acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias.	1. Pensamento dicotômico absolutista (tudo ou nada): tendência a interpretar fatos e experiências a partir de categorias opostas, de maneira dicotômica. 2. Pensamento catastrófico: exagerar a conotação negativa de experiências e fatos. 3. Hipergeneralização: ver um determinado evento como negativo e avaliar, a partir daí, que todos os outros são negativos (o indivíduo pode se tornar incapaz de distinguir estímulos). 4. Raciocínio emocional: entender as emoções como única forma de validar uma experiência.	1. Polarização (pensamento tudo ou nada, dicotômico): ver a situação em apenas duas categorias excludentes, em vez de um <i>continuum</i> e/ou perceber eventos e pessoas em termos absolutos. 2. Catastrofização: imaginar que o pior de uma situação irá acontecer, desconsiderando a possibilidade de outros desfechos e trata eventos negativos como catástrofes intoleráveis, em vez de vê-los em perspectiva. 3. Desqualificação do positivo: desvalorizar as experiências positivas e qualidades que porventura entrarem em conflito com a visão negativa da situação porque não contam ou são banais. 4. Raciocínio emocional (emocionalização): presumir que sentimentos são fatos, deixando os sentimentos guiarem a interpretação da realidade e acreditar que as reações emocionais necessariamente são um reflexo das situações verdadeiras.

(continua)

Tabela 1 (Continuação)

5. Rotulação: atribuir um rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros, sem considerar as evidências que poderiam levar a uma conclusão razoavelmente menos desastrosa.	5. Rotulação: tendência de avaliar erros como rótulos estáveis, atribuindo-os ao comportamento.	5. Rotulação: atribuir rótulos globais e rígidos a si mesmo e aos outros, em vez de rotular a situação ou o comportamento específico.
6. Magnificação/Minimização: avaliar a si mesmo, outra pessoa ou uma situação, maximizando irracionalmente o negativo e/ou minimizando o positivo.	6. Maximização/Minimização: tendência a minimizar as experiências positivas, ao ponto de desqualificá-las, e, ao mesmo tempo, maximizar a conotação negativa das situações cotidianas.	6. Minimização/ Maximização: minimizar características e experiências positivas em si mesmo e ampliar o valor negativo de si e das experiências.
7. Filtro mental (abstração seletiva): prestar atenção indevida a um detalhe negativo, deixando de considerar o quadro geral.	7. Abstração seletiva: tendência a focalizar apenas um detalhe da situação ou do contexto, podendo-se chegar ao extremo de avaliar a totalidade da realidade apenas com base em um fragmento dela.	7. Abstração negativa (visão em túnel ou filtro mental): focaliza a atenção em apenas um aspecto de uma situação, seja ele negativo ou neutro, enquanto ignora outros aspectos relevantes.
8. Leitura mental: acreditar que sabe o que os outros estão pensando, sem considerar outras possibilidades mais prováveis.	8. Leitura mental: antecipar negativamente o que as outras pessoas estão pensando sobre você, sem provas que validem essas impressões.	8. Leitura mental: presumir, sem evidências, que se sabe o que os outros pensam, desconsiderando outras possíveis hipóteses.
9. Supergeneralização: chegar a uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.	9. Inferência arbitrária: chegar a conclusões por meio de um raciocínio falho ou na ausência de provas suficientes para isso.	9. Adivinhação: antecipar problemas que talvez não venham a existir, estabelecendo expectativas negativas como o fatos.

(continua)

Tabela 1 (continuação)

10. Personalização: acreditar que os outros estão se comportando negativamente devido a si, desconsiderando explicações mais plausíveis para o seu comportamento.	10. Personalização: acreditar que é causador de eventos ruins.	10. Personalização: assumir a responsabilidade por acontecimentos negativos, deixando de perceber que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos.
11. Declarações do tipo “eu deveria” e “eu devo” (imperativo): ter uma ideia exata preestabelecida de como se deve comportar ou os outros deveriam comportar-se e superestimar o resultado negativo de não cumprir estas expectativas.	11. Tirania do “deveria”: basear o comportamento em regras auto-dirigidas altamente moralistas em termos de “deveria ou não deveria”, “certo ou errado”.	11. Imperativos (“deveria” e “tenho que”): interpretar situações em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de considerar as coisas como simplesmente são, fazendo afirmações absolutistas na tentativa de modificar comportamentos.
12. Visão em túnel: ver apenas os aspectos negativos de uma situação.		12. Hipergeneralização: perceber um padrão universal num evento específico, como se uma característica específica de um evento ocorresse em todas as situações.
		13. Vítimização: considerar-se injustiçado ou não compreendido, atribuindo a outras pessoas ou coisas a fonte dos sentimentos negativos e ter dificuldades de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos.
		14. Questionalização (e se?): focalizar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi, culpando-se pelas escolhas do passado e questionando-se por escolhas futuras.

A preocupação está no cerne de todos os transtornos de ansiedade e depressão. Conforme pesquisas da área, os 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 o indivíduo preocupa-se com diferentes assuntos, como dinheiro, saúde, relacionamento, segurança, desempenho, e, concomitante a isso, preocupa-se demasiadamente por não ter controle sobre as preocupações (Leahy, 2007).

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 (Cook et al., 2014). A cada fase crítica do tratamento oncológico o paciente, quando propenso aos fatores de vulnerabilidade descritos, pode vir a ter seu limiar de estresse diminuído e, por conseguinte, as preocupações podem tornar-se suscetíveis a um enviesamento distorcido de informações. As crenças disfuncionais que moldam tais preocupações provocam um sofrimento desnecessário ao paciente, com constante autocritica e responsabilização inapropriada, além de impedir o progresso natural de ajustamento (Moorey, 2005).

O transtorno de ansiedade generalizada pode ser denominado como a doença do “e se”, um dos transtornos de ansiedade mais duradouros, tanto em tempo quanto em intensidade (Leahy, 2007). Isto porque a pessoa com TAG encontra-se constantemente preocupada, saltando de uma preocupação para outra, fazendo previsões catastróficas sucessivas. Uma vez neste ciclo, é comum a pessoa se sentir incomodada e preocupada com a frequência e intensidade com que se preocupa. Por outro lado, de maneira geral, as pessoas preocupadas acreditam também que a preocupação é útil, positiva ou

necessária, mesmo quando incômoda. As justificativas para isso concentram-se nas crenças de que: preocupar-se garante alguma possibilidade de encontrar solução para o problema vivenciado ou imaginado; não se pode deixar escapar nada nem ser pego de surpresa; preocupar-se comprova a ideia de ser uma pessoa responsável (Leahy, 2007).

No câncer esse ciclo não é diferente. A “utilidade” da preocupação pode estar camuflada ao sofrimento compreensível encontrado no enfrentamento das situações adversas que surgem. Contudo, uma avaliação mais exploratória revela o que há por detrás dos pensamentos superficiais recorrentes, isto é, o que poderia estar distorcido nas percepções acerca dessa situação. A necessidade de buscar significados diante de um evento crítico de vida como o câncer pode, neste sentido, estar embasado em atribuições causais negativas, favorecendo reações de culpa atribuída a si ou aos outros, além de autocensura, ambas expressas muitas vezes sob a forma de raiva dirigida a si ou à família, aos médicos e equipe cuidadora, à religião ou a Deus (Moorey, 2005).

Por meio da preocupação o sujeito pensa poder evitar que coisas piores aconteçam, de modo a proporcionar certa adaptação a uma realidade vista por ele como incerta, fora de controle, perigosa e cheia de problemas. Segundo Wells (2004), esta estratégia de adaptação funciona de maneira enganosa: ao proporcionar a ilusão de controle e evitação da incerteza, ela gera uma “correlação ilusória” de que quando se preocupa e coisas ruins não acontecem, a preocupação pode ter evitado o evento ruim, “comprovando” sua funcionalidade. Leahy (2007) descreve outras estratégias disfuncionais ou inadequadas: buscar reassseguramento; tentar frear os pensamentos; coletar informações; conferir repetidamente; evitar desconforto; alienar-se com drogas, álcool e comida; preparar-se demais; usar comportamentos de segurança; tentar causar sempre boa impressão; ruminar e remoer indefinidamente; exigir certeza e recusar o fato de que se tem pensamentos loucos.

Exemplos dessas estratégias disfuncionais são encontrados em pacientes oncológicos. Moorey (2005) descreve uma série desses comportamentos: perceber-se de maneira autocrítica; impor autoexigências sobre como se “deveria” agir; não se permitir expressar emoções negativas e sentimentos de tristeza aos outros; acreditar que sempre se deve lutar e não demonstrar sofrimento, pois isso é considerado um sinal de fraqueza; encarar como fracasso o sofrimento e as dificuldades de fazer o que costumava fazer antes.

De fato, o enfrentamento realista do problema dependerá do conhecimento do indivíduo acerca de seus padrões de preocupação e do uso de estratégias adaptativas adequadas ao seu perfil. Leahy (2007) propõe que o manejo da preocupação deve conter os seguintes passos: identificar as preocupações produtivas e improdutivas; aceitar a realidade e comprometer-se com a mudança; contestar a preocupação; focalizar a ameaça mais profunda, identificando as crenças centrais do indivíduo e as distorções cognitivas relacionadas que fortalecem estas crenças; transformar o fracasso percebido em oportunidade; usar as emoções em vez de se preocupar com elas e assumir o controle do tempo. Para tanto, é importante compreender as preocupações específicas do indivíduo, as quais podem ser: preocupação com as interações sociais (preocupar-se com o que os outros pensam a seu respeito, achar que será criticado e rejeitado); preocupação com relacionamentos (constante medo de abandono); preocupação com a saúde (preocupar-se ansiosamente com a ideia de ter uma doença que poderia ter evitado); preocupação com as finanças (excesso ou falta de controle com finanças); preocupação com o trabalho (busca de perfeccionismo e necessidade demasiada de ser reconhecido pelos outros).

Dentre estas áreas, a saúde talvez seja a mais relacionada à presente pesquisa, mesmo que se reconheça a influência das interações sociais e dos relacionamentos, das finanças

e do trabalho quando vivenciados por distorções cognitivas sob a forma de preocupações no enfrentamento do câncer.

Desse modo, convém explicar como a preocupação com a saúde incorre em comportamentos disfuncionais típicos. Pessoas preocupadas excessivamente com a saúde tendem a se sentir ansiosas devido ao medo constante de descobrir alguma doença que imaginam que poderia ser evitada. De maneira geral, essas pessoas estão sempre procurando por sinais de manchas ou de doenças no corpo; preocupam-se ao extremo com o próximo exame médico; vasculham informações em textos médicos e páginas de internet sobre diferentes sintomas; rejeitam qualquer reassseguramento de que sua saúde esteja adequada; encontram-se constantemente com medo de não descobrir possíveis doenças a tempo (podendo fazer exames e passar por outros procedimentos desnecessários para descartar qualquer possibilidade); sentem-se desamparadas e visitam médicos diferentes, sem conseguirem se sentir seguras em relação à própria saúde. A ansiedade também pode surtir o efeito contrário: deixar de ir ao médico, deixar de buscar informações sobre o diagnóstico de doenças, evitar ser diagnosticado, mesmo quando houver sintomas e, por fim, engajar em comportamentos de risco, como sedentarismo, obesidade, uso de álcool e drogas (Leahy, 2007).

Em relatos de pessoas excessivamente preocupadas com a saúde o câncer está entre as doenças mais temidas. Estas pessoas são tomadas por uma sensação de alerta a qualquer sinal no corpo e procuram incessantemente por certezas nem sempre encontradas. Fazem consultas frequentes a médicos especialistas; buscam informações em páginas médicas na internet à procura de cânceres e doenças estranhas; acreditam que queixas físicas como náusea, dores, desconfortos, fadiga e tontura sinalizam algum tipo de câncer, tumores cerebrais e outras doenças fatais; imaginam que os médicos podem deixar escapar algum sinal da doença nos diagnósticos e exames; preocupam-se

demasiadamente com a possibilidade de estar deixando escapar algo; têm episódios frequentes de insônia; investigam casos de câncer na família; têm medo da possibilidade de receber um diagnóstico de câncer tardio; buscam repetidamente reassseguramento com amigos, familiares e cônjuges; supergeneralizam notícias de morte por câncer e interpretam dores como sinais fatais da doença (Leahy, 2007).

Na maioria dos casos, pessoas com uma grande preocupação com a saúde apresentam histórico de outros transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade generalizada, queixas físicas ou experiências de trauma no passado (Leahy, 2007; Moorey, 2005).

A ansiedade e a depressão sobrepõem-se frequentemente, de modo que a primeira pode advir da segunda, apesar de alguns estudos mostrarem que a ansiedade neste contexto está mais associada a um transtorno obsessivo-compulsivo (Barsky, Wyshak & Klerman, 1992). Além disso, a maior sensibilidade à ansiedade encontrada em pessoas com preocupação relacionada à saúde parece potencializar o foco de atenção às sensações ansiosas e à interpretação incorreta destas sensações (Leahy, 2007).

A ansiedade relacionada à saúde pode ser tanto adaptativa quanto desadaptativa. Todos estão propensos a este tipo de preocupação em algum momento da vida. Entretanto, a desadaptação ocorre quando há desequilíbrio na percepção de sinais e sintomas: alta ansiedade frente a sinais de baixo risco ou falta de ansiedade diante de sinais de alto risco para a saúde (Taylor & Asmundson, 2004).

Compreender as distorções cognitivas sob a forma de preocupação envolve um trabalho aprofundado em Terapia Cognitivo-Comportamental sobre as crenças centrais subjacentes a este processo, de modo que o paciente consiga entender qual a função destas distorções na manutenção dos pensamentos ruminativos, para, então, manejá-los e contestá-los (Leahy, 2007).

Assim como na preocupação relacionada com outras áreas específicas, mencionadas anteriormente, aceitar que é possível se ter uma doença não-detectada ou não-detectável significa aceitar as limitações do próprio campo da saúde, em que nem sempre é possível afirmar algo com total certeza (Leahy, 2007), um fato que o paciente oncológico se depara desde o diagnóstico da doença, seja precoce ou tardio, levando-o a reações emocionais de preocupação moderada a transtornos graves (Burgess et al., 2005; Carlson et al., 2004; Fischer & Wedel, 2012; Moorey, 2005; Pasquini & Biondi, 2007).

O manejo da preocupação com a saúde segue os sete passos para lidar com a preocupação de maneira geral, conforme mencionado (Leahy, 2007). Porém, uma etapa importante a ser destacada é a fase referente a contestar a preocupação, pautada na avaliação da validade do conteúdo das distorções cognitivas sob a forma de preocupação no contexto saúde-doença.

Leahy (2007) descreve como condutas para lidar com estas distorções: fazer um registro dos momentos e lugares em que as preocupações com a saúde se tornam mais intensas; delimitar um tempo limite para o registro das preocupações com a saúde; listar e testar as previsões que se faz sobre a própria saúde; e, por fim, contestar as distorções de pensamento, testando-as com as seguintes perguntas: “Qual distorção do pensamento você está usando?”; “Qual a probabilidade de que isto realmente aconteça?”; “Qual é o pior desfecho? O desfecho mais provável? O melhor desfecho?”; “Qual é a evidência de que algo realmente ruim vai acontecer?”; “Você está prestando atenção na coisa errada?”; “Quantas vezes você esteve errado no passado em relação às preocupações?”; “Como você lidaria com o problema se o desfecho ruim realmente acontecesse?”; “Você está exigindo perfeição em sua saúde?”. De certo modo, as preocupações com a saúde estão relacionadas com crenças nucleares pessoais como: não se ver capaz de

cuidar de si mesmo (crenças de desamparo, autonomia e controle); ver-se como “inferior” ou fraco (necessidade de ser especial e único); achar que as pessoas podem deixá-lo por estar doente (crença de abandono), ou achar que poderia ter evitado tudo isso sendo uma pessoa responsável.

Neste sentido, a proposta de Leahy para o manejo da preocupação com a saúde parece instigar o indivíduo a desenvolver crenças neutralizadoras para encarar suas preocupações de maneira mais realista. Judith Beck denomina as crenças neutralizadoras como afirmações de auto-instrução, cuja finalidade é motivar o paciente a enfrentar determinada situação-problema, identificando seus pensamentos automáticos comumente envolvidos e respostas mais adaptativas (J. Beck, 1997).

Tais crenças são construídas em sessão terapêutica sob a forma de afirmações neutras, que contemplem a aceitação das condições reais da situação em que o paciente se encontra e soluções alternativas para minimizar o sofrimento gerado pelas dificuldades para encarar o evento estressor. No contexto da Terapia Cognitivo-Comportamental as crenças neutralizadoras são bastante trabalhadas por meio da técnica do cartão de enfrentamento, originalmente denominada *coping cards* por J. Beck (1995), a qual será discutida mais adiante. O uso das crenças neutralizadoras no manejo da preocupação com a saúde sugerido por Leahy (2007) ilustra uma das formas de se adequar conceitos e técnicas cognitivo comportamentais para um contexto específico.

De maneira semelhante, o instrumento proposto por esta pesquisa está embasado na avaliação e psicoeducação de distorções cognitivas, adequando o uso das crenças neutralizadoras como um mecanismo de enfrentamento adaptativo ao câncer. Fundamentada por Judith Beck (1997; 2013), a avaliação e psicoeducação de pensamentos distorcidos visa atuar sobre pensamentos disfuncionais, ajudando o paciente a julgá-los e respondê-los de maneira mais adaptativa, à medida que as

distorções cognitivas são questionadas sistematicamente. Os procedimentos da técnica são descritos na Tabela 2.

Em síntese, compreender como as distorções cognitivas se relacionam com os pensamentos automáticos, os esquemas, as crenças centrais e intermediárias, os paradigmas individuais e as preocupações é fundamental para a reestruturação cognitiva. Isso significa conhecer a função que as distorções desempenham sobre o processamento cognitivo individual e estabelecer maneiras seguras de contestá-las, sem violar o princípio do empirismo colaborativo, promovendo, então, respostas mais adequadas ao contexto do indivíduo e seu ambiente. Este e outros procedimentos da Terapia Cognitivo-Comportamental serão abordados no capítulo a seguir, com ênfase no tratamento psicológico de pacientes com câncer.

Tabela 2. Avaliando e respondendo aos pensamentos automáticos (J. Beck, 1997/2013)

Avaliação			
Conduitas do terapeuta			
Pensamentos automáticos fundamentais	Questionamento	Métodos alternativos	
Conceituar os pensamentos automáticos quanto às reações acompanhantes (emocionais, fisiológicas e comportamentais), ao grau de disfuncionalidade e à recorrência dos mesmos.	Definir, junto com o paciente, a avaliação do pensamento selecionado (empirismo colaborativo).	Variar o questionamento, abordando a crença subjacente implícita.	
Identificar e decidir qual pensamento focalizar na sessão terapêutica, considerando o nível de angústia provocado, o tempo disponível, o impacto desse trabalho na relação terapêutica, a necessidade de abordar outro elemento do modelo cognitivo ou uma crença disfuncional subjacente ao pensamento automático.	Questionar o pensamento automático, sem, contudo, contestá-lo diretamente, uma vez que desafiá-lo dessa forma infringe o princípio fundamental do empirismo colaborativo.	Identificar as distorções ao perceber erros persistentes de pensamento. Apresentar a lista de distorções cognitivas, explicando-a e pedindo ao paciente que identifique suas distorções típicas. Quando isso parecer estressor, descrever as distorções mais comuns, sem, contudo, mostrar-lhe a lista.	
	Utilizar um método estruturado de perguntas, embasado no modelo do Questionamento socrático ¹ .	Focalizar na solução do problema, investigando as conclusões do paciente sobre o pensamento avaliado, observando se a conclusão é inválida ou disfuncional.	
	Revisar o processo junto com o paciente para identificar sua aptidão para o uso do questionamento por si mesmo.	Trabalhar a aceitação de resultados que não podem ser mudados, reforçando os valores centrais do paciente e os aspectos da vida que o gratificam.	
	Avaliar o quanto o paciente ainda acredita no pensamento automático original e como se sente emocionalmente em relação ao mesmo.		(continua)

Tabela 2 (continuação)

Psicoeducação	
Conduitas do terapeuta	
Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)	
Apresentar ao paciente a minuta de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), que consiste em um quadro para registrar: o pensamento automático e a situação em que este ocorre, a emoção ligada a este pensamento, possíveis respostas adaptativas e o resultado obtido com as novas respostas. Ajudar o paciente a detalhar cada item da minuta, instigando-o a pensar de maneira mais realista, identificando os ganhos que terá ao mudar seus pensamentos automáticos disfuncionais. Caso o paciente mostre dificuldades para preencher o RPD por escrito, o terapeuta pode discuti-lo durante a sessão ou construir um cartão de enfrentamento² junto com o paciente.	

__¹**Questionamento Socrático:** método da terapia cognitiva que objetiva avaliar pensamentos, através de um roteiro estruturado de perguntas pré-formuladas sobre as evidências apoiadoras e contrárias, as consequências reais em acreditar em tais pensamentos e os possíveis efeitos ao mudá-los.

__²**Cartão de Enfrentamento:** técnica *coping cards* originalmente proposta por J. Beck (1995). Consiste de um cartão com auto-instruções motivadoras para o enfrentamento adaptativo de situações estressoras.

Capítulo 4 - A Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pacientes oncológicos

Segundo recente revisão de literatura, as principais intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em comorbidades comuns ao câncer têm se concentrado no manejo de estresse, dor, ansiedade, depressão, sintomas de estresse pós-traumático, transtornos do sono, transtornos sexuais, manejo de efeitos adversos e sequelas do tratamento oncológico, além da prevenção e tratamento da obesidade associada ao câncer (Lourenção et al., 2010).

As distorções cognitivas e seu papel nos transtornos do humor, enquanto componentes mantenedores da depressão e da ansiedade no enfrentamento do câncer, também têm sido alvo de estudo. Neste contexto, Moorey (2005) discute a aplicabilidade da TCC ao tratamento do câncer, chegando à conclusão de que, mesmo em um evento estressor suscetível a pensamentos negativos realistas, como é o caso dos pensamentos relacionados ao câncer, o modelo cognitivo de Beck continua aplicável, na medida em que contribui para a avaliação da utilidade da natureza disfuncional dos pensamentos negativos, propondo estratégias mais adaptadas para lidar com os mesmos.

Silva et al., (2008) corrobora o estudo de Moorey (2005) destacando que a interpretação de um evento estressor como o câncer e a ocorrência de transtornos psicológicos neste contexto é mantida por distorções de pensamento que operam sobre a visão da experiência desagregadora, levando a pensamentos de catastrofização fortemente associados à morte.

É comum observar nos relatos de pacientes oncológicos preocupações relacionadas ao passado, sobre o que poderia ter levado à doença, como comportamentos não-saudáveis ou episódios de estresse, além de outras relacionadas ao futuro incerto, como o medo de dores, sofrimento e morte. A insegurança que acompanha essas preocupações, quando ruminativas e distorcidas, possivelmente eleva a vulnerabilidade

ao estresse, à ansiedade e à depressão (Piet et al., 2012), gerando um sofrimento psíquico potencializado tanto por pensamentos negativos realistas quanto por pensamentos distorcidos (Lopes et al., 2008). Dessa maneira, a linha tênue que separa pensamentos distorcidos daqueles negativamente realistas em situações adversas de vida deve ser considerada (Moorey, 2005). Conforme explicitado, é possível que o uso de técnicas cognitivo-comportamentais atue justamente sobre os pensamentos negativos, tanto aqueles realistas quanto os distorcidos, e assim, facilite a redução dos seus efeitos durante o câncer.

Outra linha de pesquisa, no entanto, aponta que a relação entre câncer e uma psicopatologia principal nem sempre é rigidamente encontrada (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, & Masse, 1998; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz & Wyatt, 1998; Helgeson & Tomich, 2005; citados por Tomich & Helgeson, 2006). “Uma explicação teórica plausível para este fato é que o paciente que passou pelo câncer usa uma série de estratégias cognitivas para neutralizar o impacto negativo da doença” (Tomich & Helgeson, 2006, p. 980). Isto parece decorrer do fato de que o estresse esperado em doenças crônicas não leva obrigatoriamente a comportamentos desadaptativos, tais como dificuldades em lidar com o tratamento médico e suas repercussões psicológicas (Tomich & Helgeson, 2006).

Nesta perspectiva, alguns estudos mostram diferentes adaptações aos estímulos estressores no contexto da oncologia. O estilo de enfrentamento no câncer é correlacionado com histórico familiar da doença e angústia psicológica no estudo de Liu e Cao (2014), e com a reatividade emocional e sintomas de trauma no câncer no estudo de Oniszczenko e Laskowska (2014). O primeiro estudo, partindo de uma amostra de 80 pacientes com histórico familiar oncológico comparada com uma amostra controle de pacientes sem este histórico mostrou que o estilo de enfrentamento negativo predispõe à

angústia psicológica mais forte entre indivíduos com histórico familiar, o que em geral está relacionado à presença significativa de sintomas de ansiedade e depressão, provocando, por conseguinte, certo desajustamento (Liu & Cao, 2014). No segundo estudo percebeu-se que o impacto do estilo de *coping* (enfrentamento) incidiu fortemente na ocorrência de trauma pós-câncer em uma amostra total de 150 pacientes. A correlação entre a reatividade emocional e o trauma somente foi encontrada quando a reatividade esteve combinada ao estilo de *coping* destrutivo, o qual, nesta amostra, foi mais prevalente entre as mulheres, dado que os homens apresentaram tendência ao estilo de *coping* construtivo (Oniszczenko & Laskowska, 2014).

Nestes dois estudos parece haver a ideia comum acerca do papel mediador do *coping* (mediações por cognições de enfrentamento) sobre o estresse psicológico já esperado e a reação frente à doença e seu tratamento. É possível que variáveis comportamentais sejam afetadas por este contexto, à medida que as distorções de pensamento também se tornam mais presentes. Estes comportamentos oriundos da aprendizagem por regras ou da exposição direta a contingências tendem tanto à evitação de situações aversivas quanto ao enfrentamento direto (Sanzovo & Coelho, 2007). Convém aqui destacar o conceito de *coping*: conjunto de estratégias que adotamos para adaptação a circunstâncias adversas (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). Os estudos relacionados a este tema têm concentrado a atenção nas diferenças individuais. Em paralelo com Tomich e Helgeson (2006), é possível inferir que as estratégias cognitivas neutralizadoras do impacto negativo do câncer esteja relacionado com diferenças individuais no estilo de *coping* adotado.

Assim, o estilo de *coping* no enfrentamento de doenças crônicas não necessariamente prediz uma única maneira pela qual o paciente lidará com a doença ao longo de todo o processo do tratamento. Em revisão teórica, Antoniazzi et al. (1998) salienta que os

estudos ainda são insuficientes para afirmar que o *coping* possa ser sempre previsível, em qualquer situação estressora. Possivelmente a consistência do *coping* se assemelha a traços de personalidade, os quais se mantêm no tempo. Entretanto, prever seu desenvolvimento, como no diagnóstico do câncer, esbarra em fatores situacionais e disposicionais que ainda não estão claros como determinantes neste processo.

Com relação à morbidade psicológica no câncer, os estudos revelam que o alto índice de sofrimento emocional entre pacientes oncológicos faz parte de um processo de ajustamento. A incidência de morbidade psicológica ocorre em torno de 50% dos casos. O diagnóstico psiquiátrico de ansiedade ou depressão, de acordo com critérios do DSM-IV, está presente em 20% dos pacientes com câncer, enquanto 30% recebem o diagnóstico de transtorno de ajustamento (Moorey, 2005). Pesquisas atuais apontam a depressão como o transtorno mais frequente no adoecimento do câncer, quando o paciente oncológico é comparado com pacientes que apresentam outros tipos de doenças (Fangner, et al. 2010; Fischer & Wedel, 2012; Krebber et al., 2014). O agravamento do câncer, a presença de dor e metástases tendem a aumentar de maneira considerável os índices de depressão, impactando sobre a evolução do câncer e a qualidade de vida desses pacientes (Fangner, et al., 2010; Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009). Além disso, sentimentos de desvalia e desamparo, próprios da natureza do transtorno depressivo, dificultam a procura por cuidado, interferindo na capacidade em avaliar as distorções emocionais e cognitivas da depressão, as quais, muitas vezes são confundidas com a tristeza esperada em situações críticas como o câncer (Bottino et al., 2009).

Eventos traumáticos associados a risco de morte podem desencadear uma reação de estresse pós-traumático. Em geral, pacientes com esse tipo de reação frente ao câncer se apresentam bastante assustados, sentem-se totalmente impotentes ou em estado de

choque emocional. O diagnóstico do transtorno só deve ser atribuído caso a reação de estresse pós-traumático ocorra dentro de seis meses a partir do aparecimento do evento estressor e na ausência de ansiedade ou transtornos depressivos (Fischer & Wedel, 2012).

A angústia emocional, também denominada como um tipo mais negativo e contínuo de estresse, o chamado “distresse”, é outro sintoma que pode surgir durante o câncer e prolongar-se. Uma pesquisa com 2.776 pacientes oncológicos canadenses em tratamento ou acompanhamento periódico com variados tipos de câncer mostrou que mais de um terço da amostra foi avaliada com níveis significativos para angústia emocional. O instrumento de avaliação utilizado, o Inventário Breve de Sintoma (Brief Symptom Inventory-18 – BSI-18) constatou que dentre os homens, a angústia psicológica está mais associada à somatização, enquanto entre as mulheres, à depressão. Os dados são específicos de uma população, entretanto, a semelhança destes dados com outros estudos dos EUA e da Europa reforçam, de certo modo, a confiança em sua universalidade (Carlson et al., 2004).

Assim, pode-se inferir que, fatores como idade mais jovem, sexo feminino, maior duração da doença e período de tratamento ativo ou diagnóstico recente de câncer, relacionados aos índices de *distresse* nesta amostra podem ser considerados em outras populações de pacientes oncológicos. Além disso, os recentes estudos sugerem a angústia emocional como o sexto sinal vital para a saúde e bem-estar, na escala de sinais como a pressão arterial, temperatura, respiração, o pulso e a dor. A avaliação da angústia emocional parece ajudar na compreensão das dificuldades que culminam em transtorno de ajustamento durante o tratamento do câncer, bem como seus efeitos na vida após o câncer (Bultz & Carlson, 2006; Carlson, Groff, Maciejewski & Bultz, 2010; Bidstrup, Johansen & Mitchell, 2011).

As principais pesquisas na literatura sobre processos cognitivos e câncer parecem demonstrar que os pensamentos distorcidos e negativamente realistas neste contexto são fatores que favorecem comorbidades psicológicas como transtornos de ansiedade, estresse, depressão, entre outros sintomas associados. Estes transtornos potencializam e mantêm as distorções de pensamento, em um mecanismo cíclico pernicioso no qual a distorção favorece o transtorno psiquiátrico e o transtorno mantém a distorção, podendo também agravar o quadro psicológico do paciente portador de câncer e seu ajustamento aos efeitos adversos do tratamento cirúrgico, químico e radioterápico. Neste sentido, serão apresentadas as atuais contribuições da terapia cognitivo comportamental aplicada ao tratamento do câncer, assim como as técnicas utilizadas para cada uma das comorbidades envolvidas.

4.1 Estresse e Ajustamento

Em geral, as técnicas para o controle e redução do estresse no tratamento do câncer trabalham com o impacto das distorções cognitivas sobre o enfrentamento da doença. Este manejo favorece a conscientização dos pensamentos negativos envolvidos no processamento cognitivo da realidade, podendo levar à gradativa diminuição de respostas ruminativas ao evento estressor e, de certa forma, mudar o padrão dessas respostas (Foley et al., 2010). Um modelo de grupo cognitivo comportamental estruturado em dez sessões semanais para mulheres em tratamento de câncer de mama foi realizado por McGregor et al. (2004). As técnicas utilizadas, com o objetivo de trabalhar o manejo do estresse foram: técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de assertividade, treino para habilidades de enfrentamento e manejo da raiva. Os resultados indicaram que, além deste grupo se tornar um espaço favorável para a expressão emocional e troca de apoio mútuo entre as participantes, os benefícios foram

significativos quando comparados a um grupo controle, favorecendo respostas mais adaptativas à vivência do câncer.

Outro grupo baseado em TCC, também realizado em dez sessões semanais, teve como participantes 52 pacientes com câncer de próstata. Durante as sessões, com duração média de duas horas, eram discutidos métodos de manejo do estresse, tais como a identificação de distorções cognitivas, a busca de suporte social, o manejo da raiva, reestruturação cognitiva e treino de assertividade, sendo os últimos trinta minutos das sessões reservados para aprendizado e treino de técnicas de relaxamento. Os resultados da intervenção indicaram um aumento nas habilidades para manejo do estresse e melhora significativa na qualidade de vida dos participantes (Penedo et al., 2004). A replicação do modelo com adaptações culturais para atendimento de pacientes de origem latina com câncer de próstata alcançou resultados semelhantes (Penedo et al., 2007).

Uma intervenção estruturada em dez sessões semanais grupais, com exercícios diários de relaxamento com recursos de áudio, buscou capacitar mulheres com câncer de mama não metastático para um melhor enfrentamento dos estressores desencadeados pela doença e seu tratamento (Antoni et al., 2006). Embasada em técnicas cognitivo-comportamentais, a intervenção demonstrou ser eficaz na melhora duradoura de vários fatores relacionados ao ajustamento psicossocial das participantes. Ao ser replicado em outra amostra de mulheres com câncer de mama, este modelo de grupo indicou resultados favoráveis à melhora no ajustamento psicossocial e fisiológico das pacientes, com menores taxas de cortisol e maior produção de citocinas TH1, quando comparadas a um grupo controle. Os resultados apontam para significativas melhoras no ajustamento durante ou após o tratamento psicoterápico adjuvante (Antoni et al., 2009).

4.2 Transtorno de ansiedade

A Terapia Cognitiva baseada em *mindfulness* (MBTC) tem sido uma modalidade terapêutica utilizada para o tratamento da ansiedade em pacientes oncológicos. O estudo de Foley et al. (2010) avaliou uma intervenção grupal com 115 pacientes recém diagnosticados com câncer. As sessões com duração de duas horas ocorreram em oito semanas consecutivas, com técnicas centradas no foco da plena consciência (*mindfulness*). Foi proposto aos participantes que também meditassem por cerca de uma hora por dia entre os intervalos das sessões. As entrevistas estruturadas e medidas psicométricas, realizadas antes e após o tratamento constatarem melhora importante nos níveis de atenção, ansiedade, sintomas de depressão e desconforto, assim como uma qualidade de vida mais satisfatória entre os pacientes submetidos à intervenção, comparados com o grupo controle, que não recebeu o treinamento em (*mindfulness*) e encontrava-se em lista de espera para o tratamento psicológico. Ao participarem do programa, estes pacientes demonstraram mudanças semelhantes às aquelas encontradas no primeiro grupo.

Também sob a perspectiva do relaxamento embasado em TCC, um programa de intervenção grupal avaliou os efeitos do relaxamento progressivo sobre os níveis de ansiedade e desesperança em uma amostra de trinta mulheres diagnosticadas com variados tipos de câncer e estadiamento de tumor, com idade entre 20 e 60 anos, todas em tratamento oncológico (Lopes et al., 2008). Os exercícios de relaxamento foram realizados em oito sessões semanais, com duração de quarenta minutos. Avaliações por meio do Inventário de Desesperança (BHS) e o de Ansiedade (BAI) de Beck, aplicados antes e após as sessões de relaxamento apontaram uma melhora significativa dos indicadores de ansiedade e desesperança, porém este efeito não foi constatado nos intervalos entre as sessões. Os autores levantam duas hipóteses para este resultado: as

pacientes estavam em período ativo do tratamento e, portanto, lidando constantemente com os desafios da doença; e, apesar de treinadas, elas podem não ter exercitado o relaxamento por tempo suficiente durante as semanas. Diante disso, os pesquisadores propõem que novos estudos sejam realizados, visando a elaboração de protocolos mais abrangentes para o tratamento da ansiedade e desesperança em pacientes oncológicos, trabalhando com pensamentos e crenças envolvidos neste processo, sem, contudo, descartar a utilidade demonstrada do relaxamento progressivo.

4.3 Transtorno depressivo

Um programa de atendimento psicológico individual proposto por Hopko et al. (2008) teve como objetivo avaliar o tratamento cognitivo comportamental breve da depressão maior em pacientes com câncer. As sessões tiveram como foco terapêutico inicial a identificação pelo paciente de suas atividades mais prejudicadas pela doença, por meio de um registro escrito hierárquico dos objetivos a serem alcançados com a terapia. Foram usadas técnicas de reestruturação cognitiva, parada de pensamento e identificação de erros cognitivos, assim como o manejo do sono, treino para resolução de problemas, exercícios de relaxamento e exercícios específicos para expressar as repercussões físicas, emocionais e comportamentais do diagnóstico do câncer ao longo de nove sessões semanais. Os resultados pré e pós-tratamento revelaram bom índice de adesão entre os participantes da pesquisa e ganhos significativos para a melhora da depressão, ansiedade e qualidade de vida. Os pesquisadores salientam que apesar dos bons resultados, esta é uma amostra pequena ($n = 18$), a qual não foi comparada a nenhum grupo controle, e, portanto, não é possível generalizar que o tratamento breve de sintomas da depressão maior entre pacientes com câncer seja o mais adequado. Mais estudos controlados poderão endossar este modelo de tratamento.

O estudo de Brothers et al. (2011) desenvolveu um tratamento psicológico para pacientes deprimidos no manejo de tensões associadas ao câncer baseado em intervenções comportamentais combinadas com procedimentos da Terapia Cognitivo-Comportamental. Participaram da pesquisa 36 sobreviventes do câncer com diagnóstico de transtorno depressivo maior, sendo a maioria do sexo feminino, com idade média de 49 anos. O ensaio clínico foi estruturado em vinte sessões individuais. O modelo de intervenção comportamental para o câncer focaliza o manejo do estresse, procurando minimizar suas interferências sobre a adaptação à doença. Combinado à TCC, a intervenção é complementada por técnicas de reavaliação dos pensamentos automáticos, aumento do nível de atividade comportamental e desafio às crenças fundamentais. Dessa forma, o estudo revelou significativa melhora nos sintomas depressivos e na auto-avaliação dos mesmos, além de mudanças em sequelas do câncer, como a fadiga e a dor. A maioria dos participantes preencheram os critérios avaliativos para a remissão dos sintomas depressivos, e, tanto os distúrbios de ansiedade, quanto os altos níveis de estresse foram minimizados com o tratamento dos sintomas da depressão maior. Concluiu-se que os componentes da TCC foram incorporados com sucesso em uma intervenção comportamental previamente eficaz para reduzir o estresse do câncer.

4.4 Efeitos adversos do tratamento

4.4.1 Fadiga

Muitos pacientes em tratamento de câncer queixam-se de fadiga, um sintoma de exaustão entendido subjetivamente como um cansaço físico, emocional e cognitivo. Quando persistente, a fadiga diminui a capacidade funcional diária da pessoa, interferindo diretamente em sua qualidade de vida. A fadiga moderada ou severa deve ser tratada com medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como a Terapia Cognitivo- Comportamental, bastante recomendada nestes casos, integrada a exercícios

físicos, hipnose, relaxamento e psicoeducação para a fadiga (Campos, Hassan, Riechelmann & Giglio, 2011). O estudo de Barsevick et al. (2004) apresenta um programa cognitivo comportamental específico para o tratamento da fadiga, com orientações sobre dieta e nutrição, bem como o monitoramento de atividades e níveis de fadiga atribuídos. Cerca de 396 pacientes com câncer e fadiga participaram do programa chamado *Strategy of Energy Conservation and Activity Management* (ECAM – Estratégia de conservação de energia e organização de atividades diárias). Quando comparada a um grupo controle com foco exclusivo em nutrição, a amostra revelou uma importante diminuição nos níveis de fadiga, mesmo que o programa não tenha afetado a capacidade funcional como um todo. Segundo Watson e Kissane (2011), o pensamento catastrófico é um dos fatores que pode vir a manter a fadiga durante ou após o tratamento do câncer. Para tanto, sugere-se o uso de técnicas cognitivo-comportamentais a fim de desenvolver pensamentos menos catastróficos sobre o fenômeno da fadiga.

4.4.2 Náuseas

O tratamento quimioterápico pode ser visto como aversivo para alguns pacientes com histórico de ansiedade fóbica a procedimentos médicos. Isto se deve, muitas vezes, a associações aprendidas de dor ou ameaça, como resultado de experiências médicas desagregadoras ou traumáticas da infância, ou ainda por aprendizagem social, observando um pai com fobia de sangue, agulhas e assim por diante. Tais condicionamentos levam a avaliações exageradas sobre o tratamento de doenças, e, no caso do câncer, pode provocar uma ruminação excessiva (preocupar-se com o que pode acontecer) ou a realização de rituais (comportamentos compulsivos) como forma de proteger-se de qualquer contato com os estímulos ameaçadores, sendo eles reais ou imaginários (pensamentos sobre a quimioterapia e seus efeitos adversos). Uma técnica

eficaz para tratar a fobia médica é a dessensibilização sistemática, bem como o relaxamento muscular progressivo e a hipnose (Watson & Kissane, 2011).

4.4.3 Efeitos no sono

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem desenvolvido programas específicos para o tratamento da insônia, como o chamado CBT-I (*Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*). Esta intervenção é baseada em cinco componentes: terapia de restrição de sono, controle de estímulos, terapia de higiene do sono, reestruturação cognitiva e treinamento de relaxamento (Morin & Benca, 2012, citado por Garland et al., 2014). Epstein e Dirksen (2007) avaliaram a eficácia deste programa em pacientes sobreviventes do câncer de mama com queixas de insônia crônica. Para tanto, foram realizadas quatro sessões em grupo, com duração de quinze a trinta minutos. Os resultados demonstraram mudanças positivas no tempo total de sono e tempo de permanência na cama, bem como nos níveis de despertar após o início do sono. Em revisão sistemática, Garland et al. (2014) concluíram que os estudos sobre o uso da CBT-I com pacientes oncológicos e sobreviventes do câncer apontam para a melhora significativa em sintomas de fadiga, assim como no humor e na qualidade de vida.

4.4.4 Manejo da dor

Métodos cognitivos visam ensinar o paciente com dor a controlar sua intensidade, frequência e duração (Graner, Junior & Rolim, 2010). Um estudo realizado por Robb, Williams, Duvivier e Newham (2006) aplicou uma intervenção cognitivo-comportamental em pacientes em tratamento de câncer e com queixas de dor. O programa teve duração de três a seis meses, com sessões individuais de sessenta minutos. Técnicas de visualização, respiração diafragmática, e relaxamento muscular progressivo foram utilizadas em combinação com estratégias de auto-monitoramento, técnicas de distração e orientações sobre os diversos fatores associados à dor. Os

resultados após o tratamento psicológico indicaram melhora importante nos níveis de ansiedade, sintomas depressivos, enfrentamento da dor e atividade física.

4.4.5 Sexualidade

Uma intervenção em grupo foi testada em pacientes submetidos à prostatectomia radical, visando a melhoria da função sexual (Molton et al., 2008). O programa embasado em um modelo cognitivo comportamental para manejo de estresse foi estruturado em dez sessões semanais de duas horas, em que os participantes recebiam um manual de instruções sobre os objetivos do programa e exercícios específicos para serem realizados em casa. Buscou-se promover estratégias para manejo dos transtornos associados ao tratamento e outros estressores, por meio do desenvolvimento de habilidades cognitivas e interpessoais, como, por exemplo, ampliar o conceito de sexualidade e melhorar a comunicação com a parceira. Os resultados mostram que este tipo de intervenção aumenta a possibilidade de benefícios na recuperação das funções sexuais de pacientes em tratamento de câncer de próstata que passaram pela cirurgia de remoção radical do tumor.

4.4.6 Obesidade

O efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental sobre a perda de peso também é alvo de investigação na obesidade relacionada ao câncer e à prevenção de sua reincidência. Mefferd, Nichols, Pakiz e Rock (2007) testaram a eficácia de uma intervenção baseada em TCC para 85 mulheres sobreviventes de câncer de mama, com índices de sobrepeso ou obesidade. As pacientes foram divididas aleatoriamente em um grupo controle (fila de espera) e um grupo experimental que seria submetido a dezesseis sessões semanais com foco no tratamento da obesidade, reeducação alimentar e estabelecimento de rotina de exercícios físicos. Os resultados foram favoráveis à intervenção, indicando

diferenças significativas entre os grupos analisados quanto à perda de peso, índice de massa corporal e percentual de gordura.

O enfrentamento do câncer por meio das técnicas descritas, salvo suas limitações e sugestões de estudos mais aprimorados, parece ser eficaz. Entretanto, estudos sistematizados para o uso terapêutico da identificação e psicoeducação das distorções cognitivas no adoecimento do câncer, alvo desta pesquisa, ainda precisam ser melhor estruturados. Conforme a literatura internacional aponta, é de suma importância investigar a natureza dos fatores que predizem o sofrimento no câncer como forma de estímulo à criação de mais técnicas que atuem de maneira eficaz sobre pensamentos distorcidos, o que poderia, inclusive, aprimorar os modelos cognitivo comportamentais atualmente utilizados para o tratamento psicológico do paciente com câncer ou sobrevivente da doença.

É possível que crenças favorecedoras para quadros de ansiedade ou depressão estejam entre estes fatores. Esta hipótese se sustenta na ideia comum à abordagem beckiana da especificidade de crenças encontrada nos quadros psicopatológicos, conforme demonstrado no capítulo sobre o modelo cognitivo de Beck e a terapia cognitivo comportamental. Um exemplo disso é a sensação de imprevisibilidade e falta de controle, comum entre pacientes oncológicos, sendo um dos fatores responsáveis por disparar mecanismos de ansiedade frente ao diagnóstico do câncer (Rimes et al., 2006).

A detecção precoce de conteúdos específicos de transtornos psiquiátricos em intervenções avaliativas e psicoeducativas pode tornar possível o ajustamento mais adaptativo ao tratamento oncológico, e, por conseguinte, menos disruptivo para o paciente. Tendo isso em vista, propõe-se a adequação da técnica cognitivo-comportamental *coping cards* (J. Beck, 1995) ao contexto do câncer e seu tratamento, devido a sua flexibilidade para diversos transtornos clínicos. Seu histórico,

fundamentação teórica e adaptações à clínica com pacientes adultos serão discutidos a seguir.

Capítulo 5 - Avaliação e Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental com pacientes oncológicos: o papel dos *coping cards*

Um método que visa motivar o enfrentamento de situações-problema foi desenvolvido por Judith Beck (1995), por meio do que se denominou *coping cards*: cartões que registram conteúdos discutidos em psicoterapia. Estes cartões seguem a mesma natureza de outras técnicas utilizadas como complementares aos tradicionais métodos da Terapia Cognitivo-Comportamental (Questionamento Socrático, *Role-playing* racional-emotivo, Relatórios de Crenças Centrais, entre outros). Quando guardados em bolsos de roupas, gavetas, bolsas ou afixados em locais visíveis, estes cartões podem funcionar como lembretes de fácil acesso, com informações práticas sobre como enfrentar situações-problema. Nesta técnica, o paciente é encorajado pelo terapeuta a ler seus *coping cards* regularmente (por exemplo, três vezes ao dia), bem como sempre que julgar necessário (J. Beck, 1995; J. Beck, 1997).

Em traduções para o português, o termo *coping cards* tem sido associado a cartões de enfrentamento (J. Beck, 1997; J. Beck, 2013; Neufeld et al., 2012); fichas ou cartões de auto-ajuda (J. Beck, 2007); lembretes (Cordioli, 2004) e cartões-lembrete (Knapp et al., 2004).

Apesar da diversidade de sinônimos utilizados para denominar o termo, J. Beck (1995) delimita que *coping cards* refere-se a cartões que se destinam a três objetivos específicos no contexto clínico: registro de pensamentos automáticos de um lado com sua respectiva resposta adaptativa do outro lado; listagem de estratégias comportamentais para uso em situações problemáticas; e elaboração de auto-instruções motivadoras.

O cartão de Pensamentos Automáticos e Respostas Adaptativas (*coping card* 1) é uma ferramenta útil em intervenções com pacientes que têm dificuldades em avaliar

pensamentos aflitivos, se mostrando igualmente útil quando técnicas de distração ou de reorientação não conseguem ser efetivas. É desejável que o paciente leia o cartão regularmente, de maneira que se torne cada vez mais propenso a integrá-lo ao seu processamento cognitivo.

Após a discussão sobre pensamentos automáticos e respostas adaptativas, o paciente é convidado a resumir os principais tópicos a serem colocados na parte posterior do cartão, onde devem ser registradas as respostas alternativas ao pensamento automático negativo identificado na sessão terapêutica.

Em seguida, terapeuta e paciente discutem quais os momentos serão mais úteis para ler o cartão, por exemplo, no café da manhã, almoço, jantar, bem como em pontos estratégicos do dia, conforme o contexto das queixas trazidas pelo paciente (J. Beck, 1995).

A autora demonstra o uso do cartão “Pensamentos Automáticos – Respostas Adaptativas” a partir de um caso ilustrativo, para exemplificar conceitos e processos da terapia cognitiva ao longo do livro. A paciente em questão é uma estudante de dezoito anos, que apresenta depressão e ansiedade moderadas, com dificuldades em suas atividades diárias. Ao discutir sobre o impacto do pensamento automático “Eu não consigo fazer isso” em atividades escolares, a terapeuta propõe a construção do seguinte *coping card*:

(Lado 1)
Pensamento automático
Eu não consigo fazer isso.

FIGURA 1

Coping card 1 - Lado 1 (J. Beck, 1995, p. 215)

(Lado 2)

Resposta adaptativa

Bem, eu poderia sentir que não consigo fazer isso, mas isso pode não ser verdade. Muitas vezes, no passado, eu pensei que não conseguiria ler e entender esse texto, mas se eu realmente continuo e abro o livro e começo a ler, eu de fato entendo, pelo menos até um certo ponto. Pode ser difícil, mas provavelmente não é verdade que eu não consiga fazer isso. O pior que pode acontecer é que eu começarei a ler e não entenderei, mas, então, eu posso parar ou perguntar para alguém sobre isso, ou fazer outro trabalho em vez desse. Isso seria melhor do que simplesmente não tentar. Pensamentos negativos apenas abalam a minha motivação. Eu deveria continuar a testar a ideia de que eu não consigo fazer isso.

FIGURA 2

Coping card 1 - Lado 2 (J. Beck, 1995, p. 215)

O segundo modelo, o cartão de Estratégias de Enfrentamento (*coping card 2*), visa listar comportamentos úteis para o enfrentamento de situações percebidas como problemáticas ou críticas pelo paciente. A ideia é ajudá-lo a lembrar das estratégias discutidas em sessão terapêutica, questionando-o sobre o que julga conseguir fazer em situações-problema e sugerindo outros comportamentos alternativos.

Por fim, ambos, terapeuta e paciente, constroem o *coping card* “Estratégias de Enfrentamento”, com as ideias que o paciente julgar mais úteis (J. Beck, 1995). Uma vez que este tipo de cartão se refere a situações específicas, o registro das anotações deve contemplar informações objetivas, como se vê neste exemplo:

Estratégias para quando eu estiver ansiosa

1. Fazer um Registro de Pensamento Disfuncional.
2. Ler os cartões de enfrentamento.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Ligar para um amigo. 4. Sair para caminhar ou correr. |
|---|

FIGURA 3

Coping card 2 (J. Beck, 1995, p. 216).

O *coping card 3* é utilizado quando o terapeuta percebe que o paciente está desmotivado a alcançar suas metas de terapia, ou demonstra pouco ânimo para realizar os exercícios entre sessões. Também construído de maneira colaborativa, o terapeuta provavelmente gastará um tempo considerável motivando o paciente a fazer suas leituras diárias do cartão, por meio do exame das vantagens e desvantagens de lê-lo, bem como especificando horários para ler o cartão e encorajando-o a responder aos pensamentos automáticos que possam vir a inibir esta tarefa (J. Beck, 1995).

Pode-se inferir, dessa forma, que este modelo de *coping card* demanda um trabalho psicoeducativo anterior de avaliação e resposta a pensamentos automáticos negativos.

Exemplo de cartão com auto-instruções motivadoras (*coping card 3*):

Quando eu desejo pedir ajuda ao professor
1. Relembrar a mim mesmo de que isso não é grande coisa. O pior que pode acontecer é ele ser indelicado. 2. Lembrar que isso é uma experiência. Mesmo que ela não funcione desta vez, é uma boa prática para mim. 3. Se ele for indelicado, provavelmente isso não tem nada a ver comigo. Ele pode estar ocupado ou irritado com alguma outra coisa. 4. Mesmo que ele não possa me ajudar, e daí? Será um fracasso dele como professor, não meu como aluno. Isso significa que ele não está fazendo o trabalho dele de forma adequada.

5. Então, eu deveria ir procurá-lo agora. Lembre-se, na pior das hipóteses, é uma boa prática.

FIGURA 4

Coping card 3 (J. Beck, 1995, p. 216).

A primeira edição nacional do clássico americano da Terapia Cognitiva “*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*” (J. Beck, 1995) apresenta o conceito de *coping cards* traduzido como cartões de enfrentamento. A edição traduzida destaca os três principais objetivos a que se destina a técnica desenvolvida por J. Beck (1995), o formato que os cartões devem ser confeccionados, com a conversão das dimensões para as medidas utilizadas no Brasil (8 x 13 cm) e descreve como a técnica deve ser utilizada para seus três diferentes fins: resposta adaptativa a um pensamento automático; estratégias de enfrentamento; instruções para motivar o paciente (J. Beck, 1997).

Na segunda edição, o título foi alterado para “Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática” (J. Beck, 2013). O conceito *coping cards* não sofre alterações na tradução, permanecendo como cartões de enfrentamento. Nesta edição, Judith Beck propõe o uso dos cartões de enfrentamento como uma ponte entre o processo de Descoberta Guiada e o Teste de Regras Pessoais em Experiências Comportamentais. Ambos os processos fazem parte de toda terapia de base cognitivo-comportamental, uma vez que ajudam o paciente a avaliar seu pensamento, identificando e respondendo às cognições disfuncionais.

Na Descoberta Guiada o terapeuta investiga as cognições (pensamentos automáticos, imagens e/ou crenças) buscando saber como elas impactam sobre o comportamento e humor do paciente, procurando, em seguida, ajudá-lo a encarar suas cognições com distanciamento, entendendo-as como ideias, e não necessariamente, verdades.

Isto se faz por meio da avaliação da validade e utilidade das cognições e/ou por meio da descatastrofização dos medos identificados. Alguns pacientes acompanham a técnica com facilidade, entretanto, outros podem necessitar de um questionamento diferente para que então, se sintam capazes de realizar os Experimentos Comportamentais (J. Beck, 2013).

Estes experimentos potencializam a discussão sobre a validade das ideias do paciente, uma vez que sujeita a cognição a testes comportamentais onde o paciente se depara com experiências que o levam a refutar a validade das cognições antes vistas como absolutas (Bennett-Levy et al., 2004 citado por J. Beck, 2013).

O cartão de enfrentamento (Figura 5) pode ser útil quando houver alguma limitação dos alcances da Descoberta Guiada e, conseqüentemente, dificuldades para se sugerir Experimentos Comportamentais, sendo, portanto, uma importante ferramenta entre estes dois processos fundamentais da TCC (J. Beck, 2013).

Quando eu pensar “Eu prefiro ficar na cama”, dizer a mim mesma que eu sempre me sinto um pouco melhor quando faço alguma coisa e pior quando não faço nada.

FIGURA 5

Cartão de Enfrentamento (J. Beck, 2013, p. 210).

Um exemplo do uso eficaz do cartão de enfrentamento como técnica complementar em Terapia Cognitivo-Comportamental foi relatado por Neufeld et al. (2012). O cartão de enfrentamento mostrou-se útil no tratamento de uma paciente com transtorno *borderline*.

A técnica foi desenvolvida para os momentos de impulsividade, buscando atenuar momentos críticos de raiva e prejuízos decorrentes. Semelhante a um freio inibitório de comportamentos impulsivos, os cartões ajudaram a paciente a levantar outras hipóteses

explicativas para situações que entendia como erradas ou, em que percebia as pessoas como se estivessem agindo de forma a enganá-la ou inferiorizá-la.

Para tanto, foram utilizados cartões de enfrentamento com anotações da própria paciente, bem como cartões de enfrentamento com anotações da terapeuta. A paciente foi orientada a lê-los nos momentos em que percebia sentimentos de raiva, de maneira que pudesse olhar as situações sob um ponto de vista diferente daquele padrão disfuncional até então compreendido como verdade absoluta. Neste sentido, os cartões de enfrentamento contribuíram para atenuar momentos de crise significativos no tratamento do transtorno *borderline* (Neufeld et al., 2012).

Importante mencionar que J. Beck (2013) propõe o cartão de enfrentamento como uma ferramenta a ser lida não apenas quando o paciente se depara com situações difíceis, mas regularmente no seu dia a dia, funcionando como uma preparação para situações críticas.

A modificação de pensamentos é um dos pilares da Terapia Cognitivo-Comportamental, sobretudo os pensamentos distorcidos (J. Beck, 2007). Embora estes pensamentos sejam trabalhados ao longo de toda a terapia, nem sempre é recomendável desafiá-los logo no início do tratamento, mesmo aqueles pensamentos automáticos mais superficiais. Isto porque há pensamentos automáticos disfuncionais fortemente associados às crenças centrais do paciente, sendo, portanto, mais difíceis de serem acessados e verbalizados. O terapeuta cognitivo-comportamental deve estar atento aos pacientes que demonstram não acreditar que seus pensamentos podem estar distorcidos e aqueles que não percebem diminuição dos sentimentos negativos após avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos (J. Beck, 2007).

O medo de resolver problemas e sentir-se melhor dificulta a avaliação de pensamentos interferentes, uma vez que tal crença está associada a regras pessoais de

que, ao se sentir melhor, alguma coisa ruim acontecerá. Além disso, estes pacientes podem ter medo de descobrir que seus pensamentos são de fato verdadeiros, ou ainda, atribuir um significado rígido para a descoberta de que seus pensamentos não são verdadeiros, como, por exemplo, “Se meus pensamentos estão errados significa que eu sou mau ou imperfeito”. Dessa maneira, ajudar os pacientes a modificar seus pensamentos distorcidos nas discussões terapêuticas pode não ser suficiente para uma mudança efetiva. O terapeuta deve, assim, atuar por meio de técnicas facilitadoras para que o paciente desenvolva a capacidade de lembrar suas novas perspectivas de visão do mundo, dos outros e do futuro (J. Beck, 2007).

O trabalho entre sessões com anotações de terapia em fichas apresenta-se bastante válido para estes casos, em especial quando se trata de motivar o paciente em Experimentos Comportamentais para testar regras pessoais (J. Beck, 2007). O índice de termos da obra “Terapia Cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona” de J. Beck (2007) também denomina as fichas como cartões de auto-ajuda, possivelmente referindo-se ao termo original, *coping cards*, uma vez que as fichas são mostradas ao longo da obra abrangendo seus três tipos de cartões (ver exemplos a seguir).

Pensamento automático: Se eu tentar fazer atividades agradáveis, não me sentirei melhor.

Resposta: Na verdade, eu não sei se eu me sentirei melhor ou não – e não saberei a menos que eu tente. Mesmo que elas não me ajudem a sentir melhor em um curto espaço de tempo, elas podem ajudar a longo prazo.

FIGURA 6

Ficha (J. Beck, 2007, p.209).

Quando me sinto mal posso: coisas a fazer

- Ler as anotações terapêuticas.
- Telefonar para Jean, Annette.
- Caminhar.
- Fazer pão.
- Ver um novo *site* de humor.
- Fazer exercícios de relaxamento.
- Fazer mentalmente um RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais).
- *Ou* posso me sentar; conscientizar-me de que não estou “arrasada”; observar quanto tempo isso dura.

FIGURA 7

Ficha (J. Beck, 2007, p. 265).

Quando eu fantasio ser salva

Não há motivo para manter a fantasia de ser salva. Ela é destrutiva e em longo prazo me causará muita dor. Se eu trabalhar para me resgatar, posso ter uma vida melhor. Quando eu penso que não é possível, posso me lembrar que a depressão é como uma máscara preta sobre meu rosto, que me faz ver o futuro de maneira depressiva e irreal.

FIGURA 8

Ficha (J. Beck, 2007, p. 213).

Outra aplicação adaptada da técnica é proposta por Cordioli (2004) para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental. Com ênfase em técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta, Cordioli sugere ao paciente com TOC dez passos básicos para o início da terapia: começar pelas compulsões ou evitações, planejando exercícios para estes sintomas;

escolher os exercícios mais fáceis para garantir que a auto-estima aumente a cada etapa concluída; definir três ou quatro tarefas semanais, incluindo a exposição a sintomas novos somente quando os antigos estiverem mais atenuados; fazer o exercício até a aflição desaparecer, de maneira que consiga atingir o estágio de habituação frente ao estressor; repetir os exercícios o maior número de vezes possível; identificar as situações-gatilho para os sintomas e programar os exercícios com antecedência, buscando romper sequências ou trajetos ritualmente executados; fazer alguns exercícios junto com o terapeuta, como um treinamento para exercícios individuais; lembrar que a aflição é passageira, pois é durante os exercícios que se consegue testar a crença de ser incapaz de suportar a aflição e a ansiedade; usar lembretes escritos em um cartão, mantendo-os ao alcance e relendo-os várias vezes ao longo da semana; ser generoso consigo mesmo, valorizando pequenos ganhos ou realizações parciais dos exercícios, por meio de pequenos presentes dados a si mesmo.

Os lembretes, compostos por frases objetivas construídas pelo próprio terapeuta, servem para tranquilizar o paciente e 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 um cartão. Alguns exemplos de lembretes propostos por Cordioli (2004) são: “Minha aflição não vai durar para sempre! Vai chegar um momento em que ela vai passar!”; “Colocar crenças arraigadas em dúvida é o primeiro passo para modificá-las!”; “Riscos fazem parte da vida e não há como evitá-los, por mais que se queira!”; “É inútil perder tempo com eventos absolutamente raros, com pouquíssima probabilidade ou quase impossíveis. Há muitos eventos bem mais prováveis de acontecer, e você não se preocupa com eles”; “Pensar é apenas pensar. Não é cometer ou praticar!”; “Se eu pensar bastante, meu grau de certeza

não vai aumentar!"; "Lapsos não devem ser interpretados como fracassos". Dessa maneira, os lembretes ajudam a retomar o grau de confiança do paciente em seu autocontrole, ao compreender os fenômenos mentais relacionados com o TOC separados de outros (Cordioli, 2004).

Uma variação de *coping card* bastante difundida em Terapia Cognitivo-Comportamental no contexto brasileiro é o cartão-lembrete. 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.

O conceito "reescrever regras" foi primeiramente denominado por Burns (Burns, 1980, citado por Knapp et al., 2004). As regras disfuncionais são crenças que possivelmente guiaram o indivíduo ao longo de toda a sua vida, sendo, dessa forma, a sua natureza, seu jeito de ser. O cérebro precisa aprender a pensar diferente para que se mudem pressupostos e regras. 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, tornando-se elas, sua segunda natureza (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).

Percebe-se que o desenvolvimento da técnica passou por diversas fases, além de adaptações ao contexto brasileiro reconhecidamente eficazes. Observando os conceitos e exemplos práticos relatados pelos autores da área, pode-se inferir que os diferentes tipos de cartões utilizados no tratamento de pensamentos disfuncionais e suas repercussões em transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-

compulsivo e transtorno *borderline*), foram embasados em um dos três tipos de cartões originais propostos por J. Beck (1995).

Fazendo um paralelo, parece ser possível afirmar que o modelo de fichas (J. Beck, 2007) compõe os cartões que mais se aproximam dos três tipos originais, pois podem ser usadas tanto para registrar pensamentos automáticos e suas respectivas respostas adaptativas, como para listar estratégias de comportamento e auto-instruções motivadoras. Os cartões de enfrentamento (J. Beck, 2013), primeira tradução de *coping cards* para o português (J. Beck, 1997), estão mais próximos do estilo de *coping card* usado para estratégias comportamentais ou, em outros casos, se assemelham a instruções auto-motivadoras, como no tratamento do transtorno *borderline* descrito (Neufeld, 2012). Os lembretes (Cordioli, 2004) e cartões-lembrete (Knapp et al., 2004), demonstram maior semelhança com o modelo de *coping card* auto-instruções motivadoras, pois estimulam novas perspectivas de vida e o enfrentamento de situações críticas.

O enfrentamento do câncer, objeto de estudo deste trabalho, demanda do paciente recursos cognitivos e comportamentais direcionados ao enfrentamento de uma doença que altera o percurso natural da vida, colocando o paciente frente a estressores de alta carga emocional.

Enfrentamento é um conceito da psicologia usado para denominar o conjunto de esforços que o indivíduo dedica a fim de modificar o evento estressor, com o objetivo de controlá-lo ou resolvê-lo. A cada fase do tratamento, o paciente se dedica a novos esforços, que podem tanto favorecer o enfrentamento adaptativo, quanto o desadaptativo, o qual limita a adesão a procedimentos médicos, bem como a qualidade de vida nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Práticas psicoterapêuticas com pacientes oncológicos devem, portanto, serem estruturadas para minimizar o impacto

causado pela doença e tratamento, atuando como facilitadoras neste processo de adaptação (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

Além disso, sob o impacto de emoções fortes, como o câncer, as pessoas costumam processar informações de maneira mais regredida, a um nível semelhante ao operatório-concreto (Lopes & Alves, 2009). As operações concretas neste nível são mais fáceis de serem acomodadas pelo estado de humor. Assim, durante a descoberta e tratamento do câncer, as alterações de humor possivelmente são responsáveis pela acomodação das novas informações referentes ao evento “O indivíduo é impelido a transformar seu esquema a fim de acomodar aqueles novos estímulos, que não conseguia assimilar” (p.27, Melo, 2011).

A breve revisão teórica sobre a técnica *coping cards* (J. Beck, 1995), amplamente utilizada em TCC, com suas devidas adaptações ao contexto clínico e a alguns transtornos psiquiátricos, demonstra, portanto, que este pode ser um método adequado às demandas de psicoeducação no contexto do tratamento do câncer, com intervenções próximas ao primeiro modelo de *coping card* (Pensamento Automático – Resposta Adaptativa), que assume, nesta pesquisa, um caráter avaliativo e de reeducação/reestruturação de pensamentos/crenças. Conforme descrito, a técnica *coping cards* favorece processos cognitivos voltados para o raciocínio concreto, estando associado à compreensão mais tangível daqueles pensamentos que nem sempre são de fácil acesso consciente, embora sejam derivados do nível mais superficial de crenças.

Capítulo 6 - Objetivo

Este trabalho teve como objetivo construir um instrumento embasado na psicoeducação para distorções cognitivas no enfrentamento do câncer, por meio de uma adaptação da técnica *coping cards*, desenvolvida por J. Beck (1995), a fim de complementar as técnicas tradicionalmente utilizadas.

Para tanto, foram construídas, com base na literatura da área e características da técnica, frases que representam distorções cognitivas relacionadas ao adoecimento do câncer para o lado frontal do cartão, e crenças neutralizadoras para o verso do cartão, semelhantemente ao modelo *coping card*, assumindo-se um caráter tanto avaliativo, quanto de reestruturação/reeducação de pensamentos distorcidos. Destaca-se que o conteúdo dos cartões foi adaptado para pacientes oncológicos adultos a partir do modelo de distorções cognitivas proposto por J. Beck (1997; 2013) e Knapp et al. (2004).

Capítulo 7 - Método

7.1 Material

O material utilizado na prova de juízes consistiu de afirmações elaboradas para representar as distorções cognitivas e crenças neutralizadoras no contexto do câncer. Estas afirmações foram 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 prova de juízes foi dividida em duas etapas: Prova de Juízes Parte A e Prova de Juízes Parte B. Em ambas haviam explicações breves dos construtos a serem avaliados, a saber, distorções cognitivas e crenças neutralizadoras, sendo que, na Prova de Juízes Parte A, cada afirmação deveria ser julgada conforme a presença ou ausência de alguma distorção de pensamento. Estas distorções foram descritas resumidamente nas opções de resposta.

Foram elaboradas 22 afirmações para distorções cognitivas e 22 afirmações para crenças neutralizadoras, categorizadas pelos juízes para se formar um conjunto de cartões conforme o modelo *coping cards* proposto por J. Beck (1995). Os participantes da pesquisa também foram convidados a responder um Questionário de Dados Gerais, como sexo, idade e informações referentes à sua formação e experiência profissional.

7.2 Procedimentos

Após a aprovação em 15/09/2014 junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer de Número 320330 - Anexo A), realizou-se primeiramente o contato com seis especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental e atuantes em Psicologia Hospitalar. Destes, cinco responderam ao Questionário de Dados Gerais e às Provas de Juízes Parte A e Parte B, após lerem e consentirem com as condições apresentadas no Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Os demais psicólogos especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental foram contatados em seguida, a fim de aumentar a precisão do instrumento, com comparações entre a amostra de especialistas em TCC e especialistas em TCC atuantes em Psicologia Hospitalar. As Provas de Juízes (Parte A e Parte B), o Questionário de Dados Gerais e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram informatizados. O TCLE foi assinado virtualmente pelos participantes. Os instrumentos e o TCLE foram elaborados através do programa Google Docs, que permite a elaboração de questionários para uso *online*.

7.4 Elaboração do instrumento

O questionamento de pensamentos automáticos é parte integrante da proposta de J. Beck para avaliar e psicoeducar por meio da identificação de distorções cognitivas e registro de respostas adaptativas para situações problemáticas específicas, bem como a listagem de estratégias comportamentais e uso de auto-instruções motivadoras.

Uma das formas de se questionar tais pensamentos é o modelo *coping card* proposto por J. Beck (1995), também conhecido como cartões de enfrentamento (J. Beck, 1997), cartões-lembrete (Knapp et al., 2004) e fichas ou cartões de auto-ajuda (J. Beck, 2007). O instrumento proposto nesta pesquisa assemelha-se à técnica *coping cards* (J. Beck, 1995) na medida em que se descreveu pensamentos automáticos distorcidos associados ao câncer (frente do cartão) e favoreceu-se estratégias cognitivo-comportamentais de respostas adaptativas de enfrentamento (verso do cartão).

Para tanto, frases comumente destacadas na literatura como percepções do paciente oncológico sobre o diagnóstico e tratamento da doença serviram de base na construção das afirmativas. Os métodos empregados em Terapia Cognitivo-Comportamental para avaliar e flexibilizar pensamentos distorcidos também foram considerados para a elaboração das frases, em especial, daquelas representativas de crenças neutralizadoras.

A revisão do tema em literatura especializada revelou 11 distorções cognitivas mais 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. Tais distorções cognitivas embasaram a construção do instrumento.

Neste sentido, a fim de transmitir os pensamentos automáticos característicos em situações estressoras como o câncer, as frases para distorções foram sintetizadas em pequenas frases, representando o raciocínio rápido envolvido, com pouca ou nenhuma avaliação. Desse modo, a catastrofização foi expressa na curta frase “Eu não suportarei o tratamento”, o raciocínio emocional em “Sinto que meu tratamento não está funcionando”, a polarização em “Depois do câncer, sinto que não há nada pior para acontecer na minha vida”, e assim por diante. A característica principal de cada distorção cognitiva também foi contemplada no uso de verbos de ação, como se vê em “As pessoas me olham estranho depois do diagnóstico do câncer”, representando a leitura mental; por meio do uso de advérbios de negação (não) e intensidade (nada, apenas), como se pode perceber em “Eu não devo me abalar com o diagnóstico”, “Faço o tratamento, mas nada me deixa seguro (a)”, “Melhorei com o tratamento, mas isso foi apenas sorte”; ou uso de adjetivos, como em “O diagnóstico é uma condenação”.

Na elaboração das frases contendo crenças neutralizadoras, buscou-se construir orações que expressem tanto a aceitação das condições reais impostas pelo câncer, no seu diagnóstico e tratamento, quanto estratégias alternativas para um enfrentamento que minimize a vulnerabilidade à comorbidades psicológicas e transtornos psiquiátricos. Dessa maneira, as frases foram compostas por um conjunto de ideias de aceitação e enfrentamento adaptativo, como se percebe em “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."

Em síntese, a construção do instrumento visou representar distorções cognitivas associadas ao câncer e crenças neutralizadoras a partir de um método reconhecido para avaliação e psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental, oportunizando a revisão de pensamentos distorcidos que dificultam o processo de ajustamento ao câncer e seu tratamento.

Capítulo 8 - Procedimento de Análise dos Resultados

Conforme descrito no procedimento, o instrumento utilizado para coletar os dados para o estudo foi uma prova de juízes. Comumente na análise dos resultados usa-se o índice Kappa (k), que aponta a concordância não aleatória entre dois ou mais observadores (Pinto, Lopes, Oliveira, Amaro & Costa, n.d.). O índice Kappa é influenciado pelo fator “tipo de evento” julgado. Nesse tipo de influência o tamanho da amostra de juízes afeta o resultado final. Quanto ao fator “tipo de evento”, temos que o grau de concordância entre os juízes depende: a) do tipo de evento; b) fatores relacionados ao examinador c) ao procedimento que está sendo testado e d) ao ambiente onde as observações são realizadas (Landis & Koch, 1977). Quando o julgamento é muito uniforme, como no caso desta pesquisa, não há efeito do acaso, gerando um impacto no cálculo de k e prejudicando a interpretação dos dados (Pinto et al., n.d.).

As variáveis aleatórias qualitativas ou categóricas podem ser variáveis em que somente dois eventos ou resultados são possíveis (variáveis dicotômicas ou binárias) e variáveis nas quais há mais de dois eventos ou resultados possíveis (variáveis politômicas). A distribuição binomial descreve o comportamento de uma variável dicotômica em amostras aleatórias. Nessa pesquisa, na Parte A do instrumento, uma transformação foi realizada distribuindo as respostas dos juízes em duas categorias: “Distorção Cognitiva está presente no julgamento da frase” e “Distorção Cognitiva não está presente no julgamento da frase”. Para a primeira categoria foi atribuído o valor 1, enquanto para a segunda, o valor 0 (zero), uma vez que, o cálculo de Kappa foi impossibilitado pelos julgamentos muito uniformes dos participantes.

De forma análoga, na Parte B do instrumento (frases neutralizam a distorção cognitiva, ou não neutralizam a distorção cognitiva) seguiu-se a mesma lógica de elaboração do instrumento “Neutralização está presente no julgamento da frase” recebeu

valor 1 e “Neutralização não está presente no julgamento da frase”, recebeu valor 0 (zero). Realizada a transformação da escala nominal para uma escala binária, utilizou-se o teste Binomial. O Teste Binomial compara as frequências observadas de duas categorias de uma variável dicotômica para as frequências que são esperadas em uma distribuição binomial com um parâmetro de probabilidade especificada. Por padrão, o parâmetro de probabilidade da Parte A e da Parte B do instrumento foi de 0,5 (Siegal & Castellan, 2006).

Na análise dos resultados utilizou-se o teste Binomial unilateral para ambas as etapas da pesquisa e assumiu-se que:

Para Prova de Juízes Parte A: em H1 a probabilidade da distorção cognitiva estar presente seria maior do que a distorção estar ausente no julgamento dos juízes.

Para Prova de Juízes Parte B: em H1 a probabilidade da neutralização da distorção cognitiva estar presente seria 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. A classificação do(s) tipo(s) de distorção presente na Parte A foi feita com base na porcentagem (proporção) de indicação da amostra como um todo e de uma subamostra de terapeutas cognitivo-comportamentais especialistas em psicologia hospitalar, que trabalham com pacientes oncológicos.

Capítulo 9 - Resultados

9.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 20 psicólogos experts em Terapia Cognitivo-Comportamental (amostra total), sendo 5 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 especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental. O critério de exclusão utilizado tanto para a amostra total quanto para a subamostra foi a resposta completa a todos os questionários (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário de Dados Gerais, Prova de Juízes Parte A e Prova de Juízes Parte B). Na subamostra, outro critério de exclusão aplicado foi o tempo médio de experiência superior a 2 anos em Psicologia Hospitalar.

Do total de juízes especialistas em TCC, 80% eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino, com idade média de 38 anos ($DP=8,94$). A amostra 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 ($DP=10,65$).

9.2 Prova de Juízes Parte A - Distorções Cognitivas

O julgamento das distorções presentes em cada uma das frases que podem compor a frente do cartão *coping card* para distorções no câncer pode ser visto na Tabela 3, que apresenta as proporções para cada uma das distorções cognitivas julgadas.

Tabela 3

Distorções cognitivas indicadas pela amostra total de especialistas (AT) e subamostra de especialistas que atuam em Psicologia Hospitalar (APH)

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frases	Distorções Cognitivas (AT)	Distorções Cognitivas (APH)
Frases		
Frases 1		
Quando recebi o diagnóstico pensei que minha vida se tornaria terrível.	Catastrofização=85% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=10% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=5% Imperativo= 0% Questionalização= 0% Não há distorção=0%	Catastrofização=100% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 0% Questionalização= 0% Não há distorção=0%
Frases 2		
Eu não suportarei o tratamento.	Catastrofização =30% Raciocínio emocional=0% Polarização=10% Abstração seletiva=25% Leitura mental=0% Rotulação=15% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 20% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=40% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 40% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Frases 3		
Depois do câncer, sinto que não há nada pior para acontecer na minha vida.	Catastrofização=15% Raciocínio emocional=30% Polarização=0% Abstração seletiva=5% Leitura mental=0% Rotulação=5% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=15% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=20%	Catastrofização=20% Raciocínio emocional=20% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 20% Questionalização=0% Não há distorção=40%
Frases 4		
Sinto que meu tratamento não está funcionando.	Catastrofização =75% Raciocínio Emocional=10% Polarização=10% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do Positivo=5% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização =20% Raciocínio Emocional=60% Polarização=20% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do Positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=0%

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frase 5	Catastrofização =10% Raciocínio emocional=0% Polarização=30% Abstração seletiva=15% Leitura mental=0% Rotulação=15% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=30% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=20% Abstração seletiva=20% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=40% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Depois que se tem câncer não se pode fazer mais nada.		
Frase 6	Catastrofização =0% Raciocínio emocional=5% Polarização=30% Abstração seletiva=10% Leitura mental=0% Rotulação=10% Desqualificação do positivo=30% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=5%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=20% Abstração seletiva=20% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=20% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Faço o tratamento, mas nada me deixa seguro(a).		
Frase 7	Catastrofização=10% Raciocínio emocional=0% Polarização=15% Abstração seletiva=30% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=5% Personalização=5% Hipergeneralização=20% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=15%	Catastrofização=20% Raciocínio emocional=0% Polarização=20% Abstração seletiva=20% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=40% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Com o diagnóstico de câncer não penso em outra coisa.		
Frase 8	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=5% Polarização=10% Abstração seletiva=50% Leitura mental=0% Rotulação=10% Desqualificação do positivo=5% Personalização=0% Hipergeneralização=10% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=40% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=20% Imperativo= 20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Eu passo mal no tratamento. Isso significa que não estou melhorando.		

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frase 9	Catastrofização =0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=5% Leitura mental=60% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=15% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=60% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=20% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Frase 10	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=85% Rotulação=5% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=80% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Frase 11	Catastrofização=35% Raciocínio emocional=0% Polarização=5% Abstração seletiva=10% Leitura mental=0% Rotulação=30% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=20% Não há distorção=0%	Catastrofização=40% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=40% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 0% Questionalização=20% Não há distorção=0%
Frase 12	Catastrofização=15% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=20% Leitura mental=0% Rotulação=30% Desqualificação do positivo=10% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=10% Questionalização=5% Não há distorção=10%	Catastrofização=20% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=20% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=20%

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frase 13	Catastrofização =0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=5% Leitura mental=0% Rotulação=15% Desqualificação do positivo=80% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 0% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=80% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo= 0% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Melhorei com o tratamento, mas isso foi apenas sorte.		
Frase 14	Catastrofização =0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=20% Leitura mental=5% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=60% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=20% Leitura mental=20% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=40% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Dizem que estou bem, mas isso é só impressão.		
Frase 15	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=15% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=75% Não há distorção=10%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=100% Não há distorção=0%
Por que isso aconteceu comigo.		
Frase 16	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=30% Hipergeneralização=0% Imperativo= 0% Questionalização=70% Não há distorção=0%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=20% Hipergeneralização=0% Imperativo=0% Questionalização=80% Não há distorção=0%
O que fiz para merecer isso?		

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frase 17	Catastrofização=15% Raciocínio emocional=0% Polarização=10% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=10% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=50% Imperativo=10% Questionalização=0% Não há distorção=5%	Catastrofização=20% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=20% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=40% Imperativo=20% Questionalização=0% Não há distorção=0%
Frase 18	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=10% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=30% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=50% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=10%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=40% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=40% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=20%
Frase 19	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=10% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=5% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=65% Questionalização=0% Não há distorção=20%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=40% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=40% Imperativo=0% Questionalização=0% Não há distorção=20%
Frase 20	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=5% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=75% Questionalização=10% Não há distorção=10%	Catastrofização=0% Raciocínio emocional=0% Polarização=0% Abstração seletiva=0% Leitura mental=0% Rotulação=0% Desqualificação do positivo=0% Personalização=0% Hipergeneralização=0% Imperativo=60% Questionalização=20% Não há distorção=20%

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Frase 21	Catastrofização=50%	Catastrofização=60%
E se eu receber outro diagnóstico de câncer?	Raciocínio emocional=0%	Raciocínio emocional=0%
	Polarização=0%	Polarização=0%
	Abstração seletiva=0%	Abstração seletiva=0%
	Leitura mental=0%	Leitura mental=0%
	Rotulação=0%	Rotulação=0%
	Desqualificação do positivo=0%	Desqualificação do positivo=0%
	Personalização=0%	Personalização=0%
	Hipergeneralização=0%	Hipergeneralização=0%
	Imperativo= 0%	Imperativo=0%
	Questionalização=30%	Questionalização=20%
	Não há distorção=20%	Não há distorção=20%
Frase 22	Catastrofização=35%	Catastrofização=40%
E se o tratamento não der certo?	Raciocínio emocional=0%	Raciocínio emocional=0%
	Polarização=0%	Polarização=0%
	Abstração seletiva=10%	Abstração seletiva=20%
	Leitura mental=0%	Leitura mental=0%
	Rotulação=0%	Rotulação=0%
	Desqualificação do positivo=10%	Desqualificação do positivo=20%
	Personalização=0%	Personalização=0%
	Hipergeneralização=0%	Hipergeneralização=0%
	Imperativo= 0%	Imperativo=0%
	Questionalização=20%	Questionalização=0%
	Não há distorção=25%	Não há distorção=20%

Na tabela 4, podemos observar os valores de P no Teste Binomial para frases indicando presença de distorções cognitivas. Nota-se que todas as frases apresentam algum tipo de distorção.

Tabela 4

Distribuição Binomial em frases elaboradas para avaliar distorções cognitivas (amostra total)

Frases	Valores de P no Teste Binomial
FRASE 1	1,00000
FRASE 2	1,00000
FRASE 3	0,999798
FRASE 4	0,9999799
FRASE 5	0,999999046
FRASE 6	0,999999046
FRASE 7	0,999798
FRASE 8	0,999999046
FRASE 9	0,999999046
FRASE 10	0,999999046
FRASE 11	0,999999046

(continua)

Tabela 4 (Continuação)

FRASE 12	0,9999799
FRASE 13	0,9999799
FRASE 14	0,999999046
FRASE 15	0,9999799
FRASE 16	0,999999046
FRASE 17	0,9999799
FRASE 18	0,999999046
FRASE 19	0,999798
FRASE 20	0,9999799
FRASE 21	0,9999799
FRASE 22	0,9999799

A Tabela 5 e a Tabela 6 apresentam o alfa de Cronbach para cada uma das frases, indicando com que precisão a frase avaliou a presença de distorção cognitiva. Cabe destacar que o alfa de Cronbach é uma estimativa do erro da medida, por isso, alfas abaixo de 0,70 indicam itens não adequados para compor o instrumento. Nota-se que nenhuma das frases que compõem a Parte A do instrumento recebeu um alfa menor que 0,7, tanto para a amostra geral (Tabela 3), quanto para a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar (Tabela 4). Além disso, o alfa de Cronbach para a amostra total foi de $\Rightarrow 0,8097$ e da subamostra de psicólogos hospitalares foi de $\Rightarrow \uparrow 0,8654$.

Tabela 5

Coefficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases com distorções cognitivas avaliadas pela amostra total de especialistas em TCC

Frase	Valor de alfa
FRASE 1	0,8115
FRASE 2	0,8115
FRASE 3	0,7683
FRASE 4	0,8232
FRASE 5	0,7963
FRASE 6	0,8123
FRASE 7	0,8026
FRASE 8	0,8123
FRASE 9	0,7963
FRASE 10	0,7920
FRASE 11	0,8115

(continua)

Tabela 5 (Continuação)

FRASE 12	0,8232
FRASE 13	0,7714
FRASE 14	0,7920
FRASE 15	0,8333
FRASE 16	0,7963
FRASE 17	0,7911
FRASE 18	0,8231
FRASE 19	0,7841
FRASE 20	0,7714
FRASE 21	0,8232
FRASE 22	0,7714

O coeficiente alfa de Cronbach para a amostra total de especialistas em TCC (Parte A) foi de $\Rightarrow 0,8097$.

Tabela 6

Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases com distorções cognitivas avaliadas pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar

Frase	Valor de alfa
FRASE 1	0,8674
FRASE 2	0,8674
FRASE 3	0,8341
FRASE 4	0,8929
FRASE 5	0,8674
FRASE 6	0,8674
FRASE 7	0,8341
FRASE 8	0,8674
FRASE 9	0,8674
FRASE 10	0,8341
FRASE 11	0,8674
FRASE 12	0,8929
FRASE 13	0,8341
FRASE 14	0,8341
FRASE 15	0,8674
FRASE 16	0,8674
FRASE 17	0,8341
FRASE 18	0,8674
FRASE 19	0,8341
FRASE 20	0,8341
FRASE 21	0,8929
FRASE 22	0,8341

O coeficiente alfa de Cronbach para a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar (Parte A) foi de $\Rightarrow$ 0,8654. De forma geral, a subamostra tem uma avaliação mais precisa que a amostra como um todo (Tabela 6).

9.3 Prova de Juízes Parte B – Crenças Neutralizadoras

A tabela 7 apresenta os valores de P no Teste Binomial para frases indicando presença de crenças neutralizadoras. Nota-se que todas as frases apresentam algum tipo de neutralização para distorções cognitivas.

Tabela 7

Distribuição Binomial em frases elaboradas para avaliar crenças neutralizadoras (amostra total)

Frase	Distribuição Binomial
FRASE 1	0,999798
FRASE 2	0,9999799
FRASE 3	0,999798
FRASE 4	0,999798
FRASE 5	1,000000
FRASE 6	0,9999799
FRASE 7	0,9999799
FRASE 8	1,00000
FRASE 9	0,9999799
FRASE 10	0,9999799
FRASE 11	0,9999799
FRASE 12	0,999999046
FRASE 13	0,999999046
FRASE 14	0,9999799
FRASE 15	0,999999046
FRASE 16	0,999798
FRASE 17	1,00000
FRASE 18	0,999999046
FRASE 19	0,9999799
FRASE 20	0,998711586
FRASE 21	0,999798
FRASE 22	1,00000

A Tabela 8 e a Tabela 9 apresentam o alfa de Cronbach para cada uma das frases indicando com que precisão a frase 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 geral (Tabela 8), quanto para a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar (Tabela 9). Além disso, o valor de alfa de Cronbach para a amostra total foi de $\Rightarrow 0,8858$ e da subamostra de psicólogos hospitalares foi de $\Rightarrow \uparrow 0,9392$.

Tabela 8

Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases contendo crenças neutralizadoras para distorções cognitivas avaliadas pela amostra total de especialistas em TCC

Frase avaliada	Valor de alfa
FRASE 1	0,9001
FRASE 2	0,8947
FRASE 3	0,8698
FRASE 4	0,8679
FRASE 5	0,8879
FRASE 6	0,8688
FRASE 7	0,8919
FRASE 8	0,8879
FRASE 9	0,8688
FRASE 10	0,8688
FRASE 11	0,8901
FRASE 12	0,8901
FRASE 13	0,8688
FRASE 14	0,8943
FRASE 15	0,8679
FRASE 16	0,8879
FRASE 17	0,8929
FRASE 18	0,8688
FRASE 19	0,8683
FRASE 20	0,8679
FRASE 21	0,8879
FRASE 22	0,8698

O coeficiente alfa de Cronbach para a amostra total de especialistas em TCC (Parte B) foi $\Rightarrow 0,8858$.

Tabela 9

Coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das frases contendo crenças neutralizadoras para distorções cognitivas avaliadas pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar

Frase avaliada	Valor de Alfa
FRASE 1	0,9545
FRASE 2	0,9418
FRASE 3	0,9297
FRASE 4	0,9297
FRASE 5	0,9418
FRASE 6	0,9297
FRASE 7	0,9418
FRASE 8	0,9418
FRASE 9	0,9297
FRASE 10	0,9297
FRASE 11	0,9418
FRASE 12	0,9418
FRASE 13	0,9297
FRASE 14	0,9418
FRASE 15	0,9297
FRASE 16	0,9418
FRASE 17	0,9418
FRASE 18	0,9297
FRASE 19	0,9297
FRASE 20	0,9297
FRASE 21	0,9418
FRASE 22	0,9297

O coeficiente alfa de Cronbach para especialistas com atuação em Psicologia Hospitalar (Parte B) foi $\Rightarrow$ 0,9392. De forma geral, a subamostra tem uma avaliação mais precisa que a amostra como um todo (Tabela 9).

9.4 Resultado Qualitativo: *Coping cards* (J. Beck, 1995) no tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos

Os resultados quantitativos permitiram a elaboração do instrumento produto desta pesquisa com base em critérios psicométricos. Este instrumento foi embasado na técnica de elaboração de *coping cards* de Judith Beck (1995).

A ferramenta elaborada nesta pesquisa consiste de uma adaptação da técnica *coping cards* (J. Beck) ao contexto do tratamento psicológico do paciente com câncer. Diferencia-se da proposta original de Judith Beck (1995) na medida em que apresenta afirmativas construídas por meio de pesquisa em literatura sobre psicooncologia e o tratamento psicoterápico de pacientes com câncer, acrescida de análise estatística do instrumento a partir de prova de juízes submetida a especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental e psicólogos especialistas em TCC atuantes em Psicologia Hospitalar. Por outro lado, aproxima-se da técnica original de Judith Beck (1995) no sentido de que foi elaborada 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 de avaliação e psicoeducação complementar no tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos.

A partir dos resultados das provas de juízes, foram elaborados *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) foram selecionadas todas as afirmativas julgadas pelos especialistas da amostra total na “Parte A” da prova de juízes, visto que o Teste Binomial demonstrou índice significativo de concordância ($p > 50$) para presença de distorções cognitivas em todas as afirmativas (Siegal & Castellan, 2006). O verso, por sua vez, contém todas as afirmativas julgadas pelos especialistas da amostra total na “Parte B” da prova de juízes, visto que o Teste Binomial indicou $p > 50$ (Siegal & Castellan, 2006), isto é, 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.

Os *coping cards* devem ser utilizados em contexto terapêutico como uma ferramenta complementar às técnicas tradicionais da Terapia Cognitivo-Comportamental. Dessa maneira, seu uso dependerá do domínio do Questionamento Socrático, bem como do conhecimento sobre distorções cognitivas (Knapp et al., 2004; Teixeira, 2004; J. Beck, 1997).

Capítulo 10 - Discussão

Em ambas as etapas da pesquisa, o Teste Binomial é enfático em mostrar que H1 (hipótese experimental) foi corroborada tanto na Prova de Juízes Parte A (valores de P entre 0,9 e 1,0), quanto na Prova de Juízes Parte B (valores de P entre 0,9 e 1,0). Isto significa que o instrumento contempla frases que poderão compor a adaptação da técnica *coping cards* de J. Beck (1995) ao tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos, por meio de distorções cognitivas que poderão representar pensamentos automáticos na frente do *coping card* (Prova de Juízes Parte A), e crenças neutralizadoras que poderão representar respostas adaptativas no verso do *coping card* (Prova de Juízes Parte B).

10.1 Prova de Juízes Parte A

A identificação de distorções cognitivas é essencial na reestruturação cognitiva e psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental, por meio de estratégias adaptativas para lidar com dificuldades que afetam o enfrentamento de situações adversas ao indivíduo (J. Beck, 1997; 2013). Segundo Knapp et al. (2004), as distorções cognitivas naturalmente se sobrepõem, e, por isso, as pessoas muitas vezes podem apresentar mais de uma distorção em uma mesma situação. Desse modo, as distorções podem enviesar pensamentos, mesmo quando não houver algum tipo de transtorno psiquiátrico subjacente (Freeman & DeWolf, 2006).

Conforme evidenciado pela análise estatística, a identificação de distorções cognitivas no contexto do câncer foi bastante expressiva em frases típicas de pacientes oncológicos, tanto no diagnóstico quanto no tratamento do câncer ($p > 50$), com valores de P variando entre 0,9 e 1,0 no Teste Binomial da Prova de Juízes. A precisão do instrumento, analisada por meio do Coeficiente alfa de Cronbach, também reforça a hipótese experimental, na medida em que se observam valores para alfa de Cronbach

acima de 0,7 em frases com distorções cognitivas avaliadas pela amostra total de especialistas em TCC, e em frases com distorções cognitivas avaliadas pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar. Os dados gerais de alfa de Cronbach evidenciaram que o erro da medida, comum a qualquer análise probabilística deste tipo, foi pequeno tanto no julgamento das frases (itens) pela amostra total quanto pela subamostra de especialistas. Em termos psicométricos, isso significa que as frases (itens) construídas para compor a frente do instrumento *coping card* para pacientes oncológicos, realmente cumprem sua finalidade, isto é, expressar distorções cognitivas associadas ao câncer.

A escolha por uma ou outra distorção cognitiva no julgamento das frases fundamentou-se na identificação daquela que o juiz pressupôs mais evidente, uma vez que foram convidados a optar somente por uma resposta em cada item. Desse modo, mesmo quando os juízes da amostra total de especialistas e subamostra de especialistas com atuação em Psicologia Hospitalar concordaram quanto à presença de distorção cognitiva nas frases, não necessariamente concordaram com relação à prevalência de uma única distorção. Exemplo disso é observado na Frase 3 “Depois do câncer, sinto que não há nada pior para acontecer na minha vida”, onde a amostra total de especialistas julgou como mais evidente a distorção cognitiva raciocínio emocional (30%), enquanto a subamostra de especialistas com atuação em Psicologia Hospitalar julgou que, no contexto do câncer, esta frase poderia representar mais de uma distorção cognitiva em iguais proporções, como raciocínio emocional (20%), catastrofização (20%) e imperativo (20%). Segundo J. Beck (2013), por mais que se tente delimitar uma única distorção em determinada frase ou imagem, sua definição dependerá do viés interpretativo de quem a analisa, uma vez que a cognição exerce papel mediacional no

processamento de informações, conforme ressalta o modelo cognitivo de Beck (Knapp & Beck, 2008).

Assim, observa-se que, entre a amostra total de especialistas em TCC, a ambiguidade esperada para algumas frases levou à escolha de distorções cognitivas variadas, como na Frase 7 “Com o diagnóstico do câncer, não penso em outra coisa”, a qual obteve porcentagens de 30% para abstração seletiva, 20% para hipergeneralização, 15% para polarização, 10% para catastrofização, 5% para desqualificação do positivo e 5% para personalização (ver Tabela 3), enquanto entre a subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar, a ambiguidade esperada concentrou-se em alguns polos de escolha, com a identificação de duas a três distorções de pensamento em iguais proporções (ver Tabela 3). Isso demonstra que os especialistas em TCC atuantes no campo de tratamento do câncer conseguem detectar uma distorção cognitiva para cada item, porém, com um olhar ampliado para identificar mais de uma distorção complementar no conteúdo de cada frase, pois, como afirma Moorey (2005), o universo do câncer é naturalmente propício a pensamentos negativos, ora realistas, ora distorcidos, quando estes se tornam recorrentes e disfuncionais. Além disso, a análise em prova de juízes por especialistas dependerá do significado atribuído por cada um, característica intrínseca ao processamento cognitivo humano (J. Beck, 2009). Sendo assim, o tempo de experiência em oncologia foi um fator determinante na classificação das frases quanto à identificação de uma distorção cognitiva ou outra mais tipicamente observada neste contexto, onde a detecção de sua presença por si só indica a necessidade de se questionar sua utilidade para enfrentar o câncer.

Na submostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar, houve maior tendência em caracterizar distorções cognitivas segundo polos proporcionais de porcentagem, os quais, de certo modo, convergiram para a identificação de erros de

pensamento complementares, isto é, distorções cognitivas de natureza aproximada ou sobrepostas. Neste sentido, foi comum nesta subamostra encontrar frases classificadas como representativas de uma distorção cognitiva com maior prevalência para catastrofização, abstração seletiva, polarização, rotulação, desqualificação do positivo, imperativo e hipergeneralização. Pode-se inferir que, conforme Knapp et al. (2004) demonstra, estas distorções se aproximam na medida em que levam a focalizar a atenção em pontos inflexíveis, que permitem pouco ou nenhum questionamento, sobrecarregando a pessoa, os outros, ou o mundo, em um continuum negativamente rígido.

Diante do câncer, pensamentos sobre o estigma de morte e incertezas do diagnóstico percorrem o imaginário dos pacientes. Desse modo, conforme demonstrado na avaliação de juízes especialistas em TCC e Psicologia Hospitalar, distorções cognitivas associadas a estes tipos de pensamentos são encontradas em discursos negativos sobre o futuro e sobre o indivíduo em si, com forte autocritica, autoexigência e culpa. Moorey (2005) ressalta que estas distorções de pensamento podem inclusive bloquear o paciente oncológico a procurar por apoio, fazendo com que ele deixe de expressar sentimentos naturalmente esperados, como a tristeza, o estresse, a fraqueza e a angústia.

O paciente oncológico faz parte de uma população bastante vulnerável a oscilações significativas de humor e transtornos psiquiátricos como a depressão, a ansiedade generalizada, o comportamento suicida e o transtorno obsessivo compulsivo (Fangner et al., 2010; Fischer & Wedel, 2012; Knapp et al., 2004; Moorey, 2005). Quando reduzido, o humor tende a distorcer cada vez mais as cognições, abrindo espaço para conclusões imprecisas acerca das experiências de vida (Moorey, 2005). Dessa forma, a complementariedade de conteúdo entre as distorções cognitivas mencionadas foi fortemente percebida pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em

Psicologia Hospitalar, provavelmente porque a experiência sólida com pacientes com câncer levou estes juízes a escolher distorções associadas ao viés confirmatório de evidências para pensamentos negativos constantemente observados, ampliando as possibilidades de identificação de distorções cognitivas em uma mesma frase.

Nesta mesma perspectiva de análise, o viés negativo comum entre pacientes oncológicos foi detectado em frases compostas por elementos da distorção cognitiva “personalização”. Da mesma forma, estes mesmo itens foram definidos como representativos de outra distorção cognitiva, a questionalização, tanto pela amostra de especialistas em TCC, quanto pela subamostra de especialistas em TCC com atuação em Psicologia Hospitalar. As frases 15 e 16 “Porque isso aconteceu comigo?” e “O que fiz para merecer isso?” (ver Tabela 3) supostamente despertam dois tipos de interpretação característicos: atribuir culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos e questionar a si mesmo quanto à culpa e responsabilidade sobre fatos, mesmo em casos de câncer, doença de causas multifatoriais. Assim, ambas as interpretações são possíveis, uma vez que a questionalização é basicamente caracterizada por questionamentos que o indivíduo faz a si mesmo (Knapp et al., 2004).

Para citar outro exemplo da complementariedade de conteúdo entre distorções cognitivas, pode-se observar as frases 21 e 22 do instrumento. Elas foram elaboradas pela autora com características próprias à distorção cognitiva questionalização e, na prova de juízes, foram classificadas tanto pela amostra total quanto pela subamostra de especialistas em TCC e atuantes em Psicologia Hospitalar como relacionadas tanto à catastrofização, quanto à questionalização: “E se eu receber outro diagnóstico de câncer?”; “E se o tratamento não der certo?” (ver Tabela 3). De fato, questionamentos dessa natureza no enfrentamento do câncer revelam incertezas muitas vezes escondidas (Leahy, 2007), e, quando relatados, podem ser inicialmente associados à distorção

cognitiva catastrofização, a qual também está voltada para interpretações tendenciosas e negativas sobre o futuro (Knapp et al., 2004).

O diagnóstico e as incertezas do tratamento do câncer são importantes fatores de vulnerabilidade ao estresse (Leahy, 2007). Eventos negativos levam o indivíduo a ficar mais propenso a preocupações, levando-o a questionamentos diversos sobre si mesmo e sua responsabilidade em relação aos eventos da vida. Em geral, estas preocupações podem ser enviesadas por distorções (Leahy, 2007), as quais, segundo os juízes dessa pesquisa, convergiram em altos índices para catastrofização, raciocínio emocional, abstração seletiva, leitura mental, desqualificação do positivo, questionalização, hipergeneralização e imperativo. Todas estas distorções mantêm e intensificam, em maior ou menor grau, transtornos de ansiedade, estresse e depressão, bem como comportamentos disfuncionais no enfrentamento do câncer, gerando um sofrimento desnecessário ao paciente.

10.2 Prova de Juízes Parte B

Conforme demonstrado na análise estatística, a identificação de crenças neutralizadoras para distorções cognitivas no contexto do câncer foi bastante expressiva, tanto em frases contendo elementos da etapa diagnóstica do câncer quanto em frases contendo elementos da terapêutica médica ($p > 50$) com valores de P variando entre 0,9 e 1,0 no Teste Binomial da Prova de Juízes Parte B. A precisão do instrumento também reforça a hipótese experimental, na medida em que se observam valores para alfa de Cronbach acima de 0,7 em frases com crenças neutralizadoras para distorções cognitivas de acordo com ambas as amostras. Os dados gerais de alfa de Cronbach evidenciaram que o erro da medida, comum a qualquer análise probabilística, foi pequeno tanto no julgamento das frases (itens) pela amostra total quanto pela subamostra de especialistas. Em termos de psicometria, isso significa que as frases

(itens) construídas para compor o verso do instrumento *coping card* para pacientes com câncer, realmente cumprem sua finalidade, isto é, representar crenças neutralizadoras para distorções cognitivas associadas ao câncer.

Sabe-se que a modificação de pensamentos é a base clínica da Terapia Cognitivo-Comportamental, especialmente a mudança de pensamentos enviesados por distorções cognitivas. Métodos tradicionais, como o Questionamento Socrático, *Role-Playing* racional-emotivo e Relatórios de Crenças Centrais trabalham para esta finalidade (J. Beck, 1995). No entanto, questionar estes pensamentos distorcidos requer bastante cuidado do terapeuta, pois os pensamentos automáticos disfuncionais, mesmo aqueles mais facilmente acessados em terapia, podem estar fortemente associados às crenças centrais do paciente, e, neste sentido, serem demasiadamente rígidos. É de suma importância o terapeuta cognitivo-comportamental estar atento àqueles pacientes que porventura não conseguem acreditar que seus pensamentos podem estar distorcidos, bem como àqueles que não se sentem tranquilos após avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos (J. Beck, 2007). Diante deste desafio, o terapeuta pode lançar mão de técnicas manuscritas, como o modelo *coping card* desenvolvido por J. Beck (1995), adaptado a vários contextos clínicos, conforme descrito neste trabalho.

Ao favorecer o processamento cognitivo em nível operatório-concreto, o instrumento proposto permite a avaliação de distorções cognitivas (frente do cartão) e psicoeducação (verso do cartão) visando mudança das distorções cognitivas em protocolos de tratamento cognitivo-comportamentais para pacientes oncológicos, na medida em que, confirma os apontamentos de Moorey (2005) acerca do modelo cognitivo se mostrar aplicável inclusive em situações que suscitam pensamentos distorcidos próprios à adversidade encontrada.

Por meio desse dispositivo, o paciente poderá entrar em contato com pensamentos automáticos que, sob o impacto de emoções fortes, dificilmente podem ser questionados apenas com intervenções orais. A cada nova informação sobre o câncer e seu tratamento, o paciente é impelido a acomodar novos estímulos, que, por vezes, esbarram em cognições profundas sobre si e o mundo (Melo, 2011). Nessas condições, as constantes variações de humor levam a pessoa a processar as informações de maneira mais regredida, sendo interessante o uso de técnicas mais facilmente acomodadas pelo estado de humor (Lopes & Alves, 2009). Desse modo, o material escrito no verso (*coping cards*) pode servir como um registro escrito adaptado para mediar o processo de acomodação da nova informação, menos distorcida.

Os resultados estatísticos corroboram que a adaptação do modelo *coping cards* desenvolvido por J. Beck (1995) ao tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos é balizada, portanto, pelos alcances e limitações do trabalho com distorções cognitivas 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.

Com relação ao instrumento derivado da parte quantitativa desta pesquisa, temos que, em última instância, foi possível produzir um material de avaliação (frente do cartão) conjugado a um material instrucional (verso do cartão) com a finalidade de trabalhar pensamentos distorcidos de pacientes oncológicos. A psicoeducação consiste de técnicas e estratégias educativas que visam promover a compreensão da patologia mental. Para tanto, são utilizados recursos audiovisuais e material instrucional (manuais), abordando-se a etiologia da psicopatologia, a epidemiologia, o prognóstico e os diferentes tratamentos existentes (Knapp et al., 2004).

Estratégias de psicoeducação, como esclarecimentos sobre determinado assunto, sugestão e uso de livros e filmes convidam o paciente a identificar pensamentos distorcidos e comportamentos disfuncionais que geram e mantêm o adoecimento psíquico (Basco & Rush, 2005). Como consequência, o paciente assume uma postura mais ativa no seu tratamento, tornando-se cada vez mais colaborativo na medida em que a intervenção também se torna mais efetiva (Justo & Calil, 2004).

Em Terapia Cognitivo-Comportamental, a psicoeducação faz parte de todo o processo terapêutico, uma vez que as crenças do paciente são abordadas de forma educativa, onde o terapeuta ajuda-o a evocar e identificar crenças nucleares e esquemas. Conforme dito, as crenças nucleares, também denominadas crenças centrais, não são facilmente modificadas, dado que muitas vezes é necessário um tempo longo em exercícios continuados para que se consiga, aos poucos, enfraquecer os esquemas disfuncionais e substituí-los por outros mais adaptativos. Nem sempre há mudança das crenças nucleares mais rígidas e inflexíveis. Nestes casos, o paciente aprende a conviver com estas crenças e suas repercussões em comportamentos, e a adaptar-se a elas da maneira mais funcional possível (Knapp et al., 2004).

Nota-se que o instrumento proposto por esta pesquisa, enquanto mediador na identificação de distorções cognitivas na experiência do câncer e de crenças neutralizadoras que flexibilizam o sofrimento gerado por estas distorções de pensamento, segue o caráter psicoeducativo da Terapia Cognitivo-Comportamental, acrescentando um método concreto e devidamente adaptado a este contexto específico, uma vez que emprega o aprendizado de novos padrões de pensamentos e comportamentos (Knapp et al., 2004). Identificar a presença de pensamentos automáticos recorrentes no enfrentamento do câncer oferece um mecanismo que atua, primeiramente, sobre níveis de crenças mais superficiais. De certo modo, isso facilita o

contato com crenças geradoras de sofrimento, sem, contudo, desestabilizar crenças profundamente arraigadas (crenças nucleares), as quais devem ser objeto de terapia somente quando se percebe que o paciente encontra-se preparado para acessá-las e questioná-las (J. Beck, 2007).

Muitas vezes, é preciso explicar a alguns pacientes a importância de se envolver em atividades que aumentem a satisfação e domínio sobre suas ações, para que, dessa forma, se sintam melhor, mais bem dispostos. Em outros momentos, pode ser necessário ajudar o paciente a reconhecer que esperar se sentir melhor para, somente então, envolver-se nesses tipos de atividades não funciona, pois pode estar sintomático e ser prejudicado por isso. Há ainda os pacientes que acreditam que precisam estar motivados antes de fazer algo proposto em terapia. Em todos estes casos, é recomendado o uso de instruções auto-motivadoras por meio da psicoeducação (J. Beck, 2007).

Nesta perspectiva, o instrumento *coping cards* (J. Beck, 1995) adaptado para o tratamento cognitivo-comportamental de pacientes oncológicos pode funcionar como um dispositivo motivador, isto é, uma ferramenta psicoeducativa para esta população que, em decorrência da vulnerabilidade emocional a que está submetida, geralmente apresenta dificuldades em engajar-se na solução de problemas, bem como no enfrentamento de situações críticas esperadas para a doença e seu tratamento.

Além disso, o instrumento proposto por esta pesquisa avança na construção de novas técnicas avaliativas e psicoeducativas de base Cognitivo-Comportamental no campo do tratamento de doenças crônicas graves como o câncer, conforme demanda a própria literatura da psicooncologia. Enquanto investiga a origem dos fatores que podem prever o sofrimento desnecessário e dificuldades no enfrentamento desta doença, o instrumento poderá atuar de maneira eficaz sobre pensamentos distorcidos que retroalimentam psicopatologias comórbidas ao câncer, como a depressão, a ansiedade e

o transtorno de ajustamento ao promover a flexibilização das mesmas por meio de estratégias adaptativas embasadas no modelo de Judith Beck (1995).

Considerações Finais

As emoções eliciadas por eventos estressores impactam significativamente o sistema imunológico, deixando o organismo mais vulnerável a doenças infecciosas e à formação de tumores malignos, na medida em que o estresse provocado reduz a defesa imunológica (Hass & Shauenstein, 2001; Bauer, 2004).

Conforme dito, os estudos em psiconeuroimunologia corroboram que os efeitos do estresse no desenvolvimento e progressão do câncer estão associados a um conjunto de fatores biológicos e psicológicos, onde se inter-relacionam mecanismos celulares, atividades moleculares e comportamentos decorrentes da exposição a situações estressoras (Armaiz-Pena et al., 2009; Bauer, 2004; McDonald et al., 2013; Reiche et al., 2005; Thornton & Andersen, 2006).

Respostas ao estresse, como comportamentos de alcoolismo, tabagismo, drogadição, exposição a doenças sexualmente transmissíveis, alimentação não saudável, obesidade e insônia, podem aumentar o risco para o câncer e dificultar seu tratamento (Bauer, 2004). Dessa maneira, o câncer é uma doença de causas multifatoriais que desafia o indivíduo, familiares e equipe de saúde. Demanda, neste sentido, intervenções específicas da área médica e psicológica.

A Terapia Cognitivo-Comportamental enquanto prática psicoterapêutica pressupõe que a interpretação dos eventos por meio da atribuição de significados organiza as informações recebidas do ambiente, permitindo o entendimento das experiências de vida em estruturas organizativas chamadas esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Os estudos de Aaron Beck correlacionando esquemas e crenças negativas em quadros psicopatológicos como a depressão e a ansiedade avançaram ao investigar como estes esquemas influenciam de maneira desadaptadas o comportamento, o afeto e a fisiologia do indivíduo (Leahy et al., 2010), delimitando também os fatores

psicológicos predisposicionais a traços característicos (especificidades cognitivas). Estes traços são latentes e incorrem em um determinado transtorno psicopatológico ou outro, dependendo da vulnerabilidade cognitiva da pessoa (Kovacs & Beck, 1978).

A vulnerabilidade cognitiva é acionada quando esquemas disfuncionais são ativados por estímulos correspondentes, enviesando de maneira negativa o processamento das informações. Experiências estressoras contêm estímulos propícios à ativação destes esquemas, os quais podem ser acometidos de maneira diferente, mesmo que sejam de natureza semelhante (Leahy, et al., 2010). Possivelmente, o diagnóstico de câncer é um evento favorecedor para a vulnerabilidade cognitiva a transtornos como a depressão e a ansiedade, uma vez que o indivíduo defronta-se com condições latentes críticas, como o medo da morte, a insegurança e a incerteza, e, em muitos casos, a imprevisibilidade dos resultados do tratamento médico (Fischer & Wedel, 2012; Moorey, 2005).

Devido à alta vulnerabilidade emocional, o paciente oncológico está propenso a outros tipos de transtornos relacionados ao ajustamento às limitações da doença e ao seu tratamento (Moorey, 2005), bem como a preocupações ruminativas que possam culminar em algum transtorno obsessivo-compulsivo, quando associadas à ansiedade e depressão (Knapp et al., 2004) e, em última instância, a apresentar comportamento suicida (Fangner et al., 2010; Fang et al., 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental propõe métodos psicoterapêuticos que visam modificar pensamentos, especialmente aqueles distorcidos que interferem no processamento das informações, para que tais mudanças incidam sobre respostas comportamentais e afetivas mais funcionais ao indivíduo (J. Beck, 2013). A aplicação do modelo cognitivo de Beck é adequada mesmo em eventos críticos como o câncer, em que pensamentos negativos realistas são esperados. Estes pensamentos, quando recorrentes, são derivados de distorções cognitivas que acabam por intensificá-los,

levando à desadaptação e maior vulnerabilidade aos transtornos descritos nesta pesquisa (Moorey, 2005).

O trabalho com distorções cognitivas no contexto clínico da abordagem cognitivo-comportamental está embasado na identificação e desenvolvimento de respostas alternativas que busquem contrapor a validade de interpretações disfuncionais negativas (Knapp et al., 2004). Provenientes de pensamentos automáticos, isto é, do nível mais superficial de processamento cognitivo, as distorções de pensamento podem ser o primeiro acesso a crenças nucleares no contexto terapêutico, sem, contudo, afetar o empirismo colaborativo entre paciente e terapeuta (J. Beck, 2007). O questionamento das distorções cognitivas, quando realizado de maneira cuidadosa, favorece, dessa forma, a modificação de pensamentos distorcidos, aprimorando-se a habilidade de identificar e nomear distorções, por meio do automonitoramento e outras tarefas prescritas (Knapp et al., 2004).

A simples identificação de distorções cognitivas em situações cotidianas produz ganhos terapêuticos, tendo em vista que enfraquece a ideia de que estes pensamentos tenham real utilidade (Knapp, et al., 2004), instigando o indivíduo a testar suas regras pessoais em experimentos comportamentais (J. Beck, 2013). Com o intuito de complementar as técnicas tradicionalmente utilizadas em Terapia Cognitivo-Comportamental para modificação de pensamentos, J. Beck (1995) desenvolveu uma técnica reconhecidamente eficaz, denominada *coping cards* (cartões de enfrentamento), adaptada a diferentes finalidades clínicas, embora ainda sem precedentes para o tratamento psicoterápico de pacientes com doenças crônicas.

Neste sentido, distorções cognitivas dificultam o enfrentamento adaptativo de doenças crônicas como o câncer, na medida em que podem estar camufladas em preocupações que porventura façam parte de um sofrimento até mesmo compreensível

(Moorey, 2005). Diante deste cenário, a pesquisa em literatura combinada à construção de um instrumento cognitivo-comportamental embasado na técnica *coping cards* (J. Beck, 1995) adaptada para pacientes oncológicos viabilizou propor uma avaliação mais exploratória dos pensamentos disfuncionais comuns nos relatos destes pacientes, podendo expandir, conforme sugere Moorey (2005), o tratamento de reações comportamentais de culpa, autocensura, raiva, autocrítica, auto-exigências, bem como dificuldades para expressar emoções negativas e sentimentos de tristeza durante fases críticas da doença.

Sendo assim, este instrumento poderá proporcionar a detecção precoce de conteúdos específicos a transtornos psiquiátricos no contexto do câncer por meio de uma intervenção avaliativa testada por especialistas da área, configurando uma resposta ao cenário científico de poucos estudos acerca dos fatores que predizem o sofrimento e a angústia psicológica na experiência do câncer. Além disso, poderá agregar aos protocolos cognitivo-comportamentais no sentido de sinalizar as principais respostas ruminativas em momentos de crise, como no diagnóstico e nas evoluções do tratamento do câncer, atuando de maneira psicoeducativa sobre pressuposições rígidas que dificultam o processamento emocional das situações adversas próprias ao enfrentamento da doença (Moorey, 2005).

De certa forma, isso promove o contato com pensamentos oriundos de crenças centrais que somente são ativadas em situações de aflição psicológica (J. Beck, 1997). Uma vez que a maior suscetibilidade a um tipo de distorção cognitiva do que a outro varia conforme os paradigmas individuais (J. Beck, 1997), o instrumento produto deste trabalho poderá, em última instância, ser utilizado também para diagnosticar crenças nucleares associadas ao câncer. Em acréscimo, a base psicoeducativa deste instrumento atua sobre a vulnerabilidade cognitiva, a qual, mesmo resistente a mudanças, pode ser

amenizada através de procedimentos terapêuticos cognitivo-comportamentais psicoeducativos (Leahy et al., 2010).

Conforme Knapp et al. (2004) ressalta, distorções cognitivas são fenômenos do processamento de informação que podem se sobrepor, apresentando origens semelhantes. Isso amplia o processo decisório por uma e/ou por outra no julgamento de relatos de pacientes em contexto terapêutico. De certo modo, algo parecido ocorreu no julgamento dos especialistas quanto às distorções cognitivas associadas ao câncer. O diferencial está na complementariedade das distorções cognitivas identificadas em uma mesma afirmativa, mecanismo que se repetiu diversas vezes. Isto reforça a importância de se trabalhar de maneira terapêutica o caráter disfuncional destas distorções de pensamento em pacientes que enfrentam o câncer.

Pesquisas futuras poderiam demonstrar quais as distorções cognitivas são mais observadas em pacientes oncológicos, por meio de estudos-piloto envolvendo a testagem do instrumento *coping cards* com esta população em amostras significativas, fator que foi limitante neste trabalho, tendo em vista que o instrumento foi submetido apenas à análise de especialistas da área. O conhecimento acerca das principais distorções encontradas forneceria um suporte mais abrangente para a compreensão de crenças nucleares limitantes no processo de ajustamento ao câncer, minimizando, por conseguinte, a influência das mesmas em comportamentos disruptivos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (4. ed. rev.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Andersen, B. L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(4), 552–568.
- Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A., Culver, J., Alferi, S., ...Carver, C. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Antoni, M., Lechner, S., Kazi, A., Sarah, R., Wimberly, S., Urcuyo, K., ...Carver, C. (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., 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), 580-591.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* 3(1), 273-294.
- Armaiz-Pena, G. N., Lutgendorf, S. K., Cole, S. T., & Sood, A. K. (2009). Neuroendocrine modulation of cancer progression. *Brain Behavior and Immunity*, 23(1), 10-15.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapias Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online*, (4), 1-11.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 101-108.
- Barsevick, A. M., Dudley, W., Beck, S., Sweeney, C., Whitmer, K., & Nail, L. (2004). A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. *American Cancer Society*, 100(6), 1302-1310.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder (2. ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Bauer, M. E. (2004). Como os fatores psicológicos influenciam o surgimento e progressão do câncer? *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, 1(1), 33-40.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, (62), 953-959.
- Beck, A. T. (2005). Além da crença: uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In Salkovskis, P. M. (Eds.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 21-40). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1996).
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- 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.
- Bidstrup, P. E., Johansen, C., & Mitchell, A. J. (2011). Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncologica*, 50(2), 194-204.
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R., Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-115.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2008). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2010). *Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2013). *Oncologia: Manual de bases técnicas*. Brasília, Distrito Federal: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2014). *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- 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.

- 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
- Campos, E. M. P. (2010). *A Psico-oncologia: uma nova visão do câncer – uma trajetória*. (Tese de Mestrado). Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.
- Campos, M. P. O., Hassan, B. J., Riechelmann, R., & Giglio, A. D. (2011). Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 211-219.
- Carlson, L., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ...Bultz, B. (2004) . High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer* (90), 2297-2304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Carlson, L. E., Groff, S. L., Maciejewski, O., & Bultz, B. D. (2010). Screening for Distress in Lung and Breast Cancer Outpatients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. doi: 10.1200/JCO.2010.31.0136
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria* (31)1, 18-25.
- 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), 207-215.
- Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Epstein, D. R. & Dirksen, S. R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 51-59.
- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *New England Journal of Medicine*, (366)14, 1310-1318.
- Fangner, P., Azevedo, R., Mauro, M., Lima, D., Gaspar, K., Silva, V., ...Botega, N. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos:

- prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 173-178.
- Fischer, D., & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology* (5)1, 52-54.
- 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.
- Forlenza, M. J. & Baum, A. (2000). Psychosocial influences on cancer progression: alternative cellular and molecular mechanisms. *Current Opinion in Psychiatry*, (13)6, 639-645.
- Freeman, A. & Dewolf, R. (2006). *As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem e técnicas eficazes para evita-las*. Rio de Janeiro: Guarda-Chuva.
- Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 284-291.
- Garland, S. N., Johnson, J. A., Savard, J., Gehrman, P., Perlis, M., Carlson, L. & Campbell, T. (2014). Sleeping well with cancer: a systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia in cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1113–1124. doi: 10.2147/NDT.S47790
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., ...Bowie, E. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* (22)3, 507-516.
- Glaser, J. K. K., Robles, T. F., Heffner, K. L., Loving, T. J., & Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *European Society for Medical Oncology*, 165-169. doi: 10.1093/annonc/mdf655
- Graner, K. M., Junior, A. L. C., & Rolim, G. S., (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18(2), 345-355.
- Hamilton, N. A. & Malcarne, V. L. (2004). Cognition, emotion, and chronic illness. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 555-557.
- Hanahan, D. & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*, (144), 646-674. doi: 10.1016/j.cell.2011.02.013

- Hass, H. S. & Schauenstein, K. (2001). Immunity, hormones, and the brain. *Allergy*, 56, 470-477.
- 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.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 91-99.
- 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, 54-64.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135(5), 525-533.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- 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.
- Lima, G. A. B. (2003). Interfaces entre a ciência da informação e a ciência cognitiva. *Ciência da Informação*, 32(1), 77-87.
- Liu, Y. & Cao, C. (2014). The relationship between family history of cancer, coping style and psychological distress. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(3), 507-510.
- Lopes, E. J., Lopes, L., & Teixeira, J. F. (2004). A psicologia cognitiva experimental cinquenta anos depois: a crise do paradigma do processamento de informação. *Paidéia*, 14(27), 17-26.
- 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.

- 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.
- Lourenção, V. C., Junior, R. S. & Luiz, A. M. G. (2010). Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 45-58.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, (50)1, 1-11.
- Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, (51)2, 149-154.
- McDonald, P. G., O'Connell, M., & Lutgendorf, S. K. (2013). Psychoneuroimmunology and cancer: A decade of discovery, paradigm shifts, and methodological innovations. *Brain Behav Immun.*, 30(0), 1-18.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, (87)3, 873-904.
- McN Cain, N. L., Gray, D. P., Walter, J. M., & Robins, J. (2005). Implementing a comprehensive approach to the study of health dynamics using the psychoneuroimmunology paradigm. *ANS Adv Nurs Sci.*, 28(4), 320-332.
- 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.
- McMullin, R. E. (2005). *Manual de Técnicas em Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Melo, T. C. V. (2011). *Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget e sua interface com a Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar* (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia.
- 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).
- Molton, I., Siegel, S., Penedo, F., Dahn, J., Kinsinger, D., Traeger, L., ...Antoni, M. (2008). Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with groupbased stress management: the role of interpersonal sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 527-536.
- Neme, C. M. B. & Lipp, M. E. N. (2010). Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (26)3, 475-483.
- Neves, D. A. (2006). Ciência da informação e cognição humana: uma abordagem do processamento da informação. *Ciência da Informação*, 35(1), p. 39-44.
- Neufeld, C. B. (Ed.) (2012). *Protagonistas em Terapias Cognitivo-Comportamentais: histórias de vida e de psicoterapia. (1. ed.)*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Oniszczenko, W., & Laskowska, A. (2014). Emotional reactivity, coping style and cancer trauma symptoms. *Archives of Medical Science*, 10(1), 110-116.
- Pasquini, M. & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(2), 1-9.
- Penedo, F., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez J., Kinsinger D., Roos B., ...Antoni, M. (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., & Antoni, M. H. (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.
- Pennix, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Pahor, M., Ferrucci, L., Cerhan, J. R., Wallace, R. B., & Havlik, R. J. (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *Journal of the National Cancer Institute*, (90) 24, 1889-1893.
- Pennix, B. W. J. H., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, (11)129, 1-14.
- Piet, J., Wuřtzen, 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.
- Pinto, J. S., Lopes, J. M., Oliveira, J. V. de, Amaro, J. P., & Costa, L. D. da. (n.d.). *Método para Estimação de Reprodutibilidade de Medida*. Recuperado de: <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/estatisticakappa.htm>.
- Prado, B. B. F. (2014). Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Ciência e Cultura*, (66)1, 21-24.
- Price, M. A., Tennant, C. C., Smith, R. C., Butow, P. N., Kennedy, S. J., Kossoff, M. B. & Dunn, S. T. (2001). The role of psychosocial factors in the development of breast cancer carcinoma: Part I. *Cancer*, (91)4, 679-685.
- Reiche, E. M. V., Nunes, S. O. V., & Morimoto, H. K. (2005). Disfunções no sistema imune induzidas pelo estresse e depressão: implicações no desenvolvimento e progressão do câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, 1(5), 19-28.
- Rimes, K. A., Salkovskis, M. P., Jones, L., & Lucassen, A. M. (2006). Applying a cognitive behavioral model of health anxiety in a cancer genetics service. *Health Psychology*, 25(2), 171-180.
- Robb, K.A., 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.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* (23)5, 571-583.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry* (173)35, 53-63.
- Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 227-238.
- Santana, J. J. R., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18(40), 371-384.
- Sheard, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer* 80(11), 1770-1780.
- Siegal, 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.
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Teixeira, M. C. T. V. (2004). Rotulação das Distorções Cognitivas. In Abreu, C. N. e Guilhardi, H. J. (Org.) *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental*. São Paulo: Roca.
- Teng, C. T., Humes, E. C., Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Thornton, L. M. & Andersen, B. L. (2006). Psychoneuroimmunology examined: The role of subjective stress. *Cellscience*, 2(4), 66-91.
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, (49)4, 227-238.
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2006). Cognitive adaptation theory and breast cancer recurrence: are there limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 980-987.
- Torres, A. R., & Crepaldi, A. L. (2002). Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 144-151.
- Trijsburg, R. W., Knippenberg, F. C. E. V., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosomatic Medicine* (54)4, 489-517.
- Vandenberghe, L. & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, (2)1. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872006000100004&script=sci_arttext
- Watson, M. & Kissane, D. W. (Orgs.) (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2004). Meta-Cognitive Beliefs in the Maintenance of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, and P.S. Mennim (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. New York: Guilford.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para Transtornos de Personalidade: uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Distorções Cognitivas em pacientes oncológicos: instrumento cognitivo-comportamental de avaliação e psicoeducação.

Pesquisador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33133014.2.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 792.344

Data da Relatoria: 22/08/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado trata da construção de um instrumento de intervenção em terapia cognitivo-comportamental formado por um jogo de cartas para avaliação de distorções cognitivas e crenças neutralizadoras para pacientes com câncer e um jogo de cartas para psicoeducação na intervenção psicoterápica.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o protocolo:

Construir um instrumento de avaliação e psicoeducação para distorções cognitivas no enfrentamento do câncer, por meio de afirmações que representem distorções cognitivas e crenças neutralizadoras associadas a esta experiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores avaliam que o risco do projeto é o cansaço dos terapeutas. O projeto tem como benefício a construção de um instrumento útil para intervenção psicoterápica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é constituído de duas etapas. Cada uma é composta por um julgamento de 22 afirmações por 5 juízes de forma a escolher as que melhor representam as distorções e crenças encontradas nos pacientes com câncer atendidos pelos terapeutas. Apresenta também um

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 792.344

questionário sobre o tempo de formação e trabalho junto a pacientes oncológicos. Não haverá avaliação de pacientes. Não há necessidade de cálculo amostral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março de 2015.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 792.344

466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

UBERLÂNDIA, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
 (Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada Distorções cognitivas em pacientes oncológicos: instrumento cognitivo-comportamental de avaliação e psicoeducação, sob a responsabilidade dos pesquisadores Renata Ferrarez Fernandes Lopes (pesquisador responsável) e Vanessa Souza Santana (orientanda de mestrado).

Nesta pesquisa nós estamos buscando construir um instrumento de avaliação e psicoeducação para distorções cognitivas no enfrentamento do câncer, por meio de afirmações que representem pensamentos que se associem a esta experiência, a saber: distorções cognitivas recorrentes e crenças neutralizadoras para estas distorções.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Renata Ferrarez Fernandes Lopes, quando este termo for assinado eletronicamente via google docs e enviado automaticamente via e-mail para sza.vanessa14@gmail.com

Na sua participação você será convidado a responder uma prova de juízes. A prova de juízes consiste em duas partes “A” e “B”. Na primeira parte (A), solicitaremos que você leia as 22 afirmações que poderão compor o jogo e as classifique em 12 categorias: catastrofização, raciocínio emocional, polarização, abstração seletiva, leitura mental, rotulação, desqualificação do positivo, personalização, hipergeneralização, imperativo, questionalização e ausência de distorção cognitiva (J. Beck, 2013). Já na segunda parte (B), você será convidado a classificar 22 frases como sendo afirmações que podem ser consideradas representativas ou não de crenças neutralizadoras (J. Beck, 1997), adaptadas para o contexto do câncer. Além disso, será solicitado que você responda um questionário com dados gerais: sexo; idade; tempo de formação da especialização e a instituição; tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional com pacientes oncológicos. Os dados coletados serão posteriormente analisados por estatística descritiva através do pacote estatístico SPSS.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Um risco possível ao participar desta pesquisa é sentir-se cansado durante a realização da prova, o que poderia prejudicar as suas avaliações das afirmações. O benefício será a elaboração de um instrumento que permitirá a expansão do conhecimento acerca das distorções cognitivas e das formas de enfrentamento dessas distorções, presentes na maneira como os pacientes oncológicos encaram o câncer.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Renata Ferrarez Fernandes Lopes, pesquisadora responsável por esta pesquisa e vinculada à Universidade Federal de Uberlândia. Endereço para contato: Laboratório de Psicologia Experimental. Instituto de Psicologia - IPUFU. Campus Umuarama - Bloco 2C - Sala 38 Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama- Uberlândia - MG - CEP 38400-902 Fone: (34) 3218 2235. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239 4131.

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa