
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Antônio Martins Vieira e Silva Junior¹ | Arnislane Nogueira Silva²
| Livia Maria Eugênio Lopes³

RESUMO

A depressão é uma doença incapacitante e considerada atualmente pela Organização Mundial de Saúde como problema de saúde pública mundial. É caracterizada por tristeza profunda e falta de interesse em atividades diárias, podendo levar à morte por suicídio. Fatores estressantes, como o diagnóstico de doenças crônicas ou graves, podem propiciar o quadro depressivo em pessoas com vulnerabilidade psicológica. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma forma eficiente de tratar pacientes depressivos na população em geral. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar os benefícios do uso da TCC no tratamento da depressão em pacientes oncológicos. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos publicados entre 2006 e 2016 disponíveis nas plataformas Pubmed e Scielo, dos quais cinco artigos preencheram os critérios de inclusão. A literatura avaliada evidenciou que a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com sucesso e tem potencial para melhorar a qualidade de vida dessa população.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão. Terapia Cognitivo-Comportamental. Câncer.

ABSTRACT

Depression is a disabling disease considered by WHO as a global public health problem. It is characterized by deep sadness and lack of interest in activities, which can lead to death by suicide. Stressful factors, such as the diagnosis of chronic or serious diseases, can cause a depressive disorder in people with psychological vulnerability. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is an efficient way to treat depressed patients in general populations. The aim of this study was to evaluate the benefits of using CBT in the treatment of depression in cancer patients. For this purpose was used a bibliographic review of articles published between 2006 and 2016 available on the Pubmed and Scielo platforms, where five articles met the inclusion criteria. The literature has shown that cognitive behavioral therapy can be successfully applied and has the potential to improve the quality of life of this population.

KEYWORDS

Depression. Cognitive Behavioral Therapy. Cancer.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença potencialmente crônica e incapacitante que traz problemas e prejuízos para o indivíduo e sua família, além disso, possui alto custo para a sociedade (LACERDA et al., 2009), tratando-se, atualmente, de um problema de saúde pública mundial (APA, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Trata-se de um transtorno psiquiátrico comum (SADOCK, 2017) e considerada "primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde" (MURRAY; LOPEZ, 1996 apud DALGALARONDO, 2008, p. 307).

O paciente deprimido geralmente apresenta um conjunto de mudanças de comportamento, passando a exibir humor rebaixado, tristeza, perda da satisfação em atividades antes prazerosas

(BECK; ALFORD, 2009), sendo ainda comuns sentimentos de inutilidade, apatia, choro fácil, irritabilidade, problemas cognitivos, retraimento, desespero, desesperança (DALGALARONDO, 2008) e, até mesmo, pensamentos suicidas (BECK; ALFORD, 2009; APA, 2014).

As causas da depressão são diversas, geralmente oriundas da combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais (LACERDA et al., 2012; APA, 2014). O diagnóstico de doenças crônicas ou incapacitantes pode acarretar o desenvolvimento da depressão em pacientes vulneráveis psicologicamente (APA, 2014) e, quando o quadro depressivo está associado com esse tipo de enfermidade, existe um aumento da incapacidade (QUEVEDO et al., 2013).

Entre essas doenças crônicas destaca-se o câncer, que se apresenta, assim como a depressão, como um problema de saúde pública mundial (SAWADA, 2009). A depressão, por sua vez, é uma condição comum entre pacientes oncológicos e essa comorbidade tende a trazer ao paciente uma série de consequências, como a diminuição da adesão ao tratamento câncer e também qualidade de vida, podendo levar ao desenvolvimento de pensamentos de morte e de suicídio (HOPKO et al., 2008; HOPKO et al., 2011). Segundo Chen, Chen e Zhi (2014), a presença de um quadro depressivo nesse grupo de pacientes pode levar a uma redução de até 20% na expectativa de vida.

Como possibilidade de tratamento desses pacientes, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) apresenta-se como uma opção promissora. A mesma foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960 para tratar pacientes depressivos (BECK, 1997; BECK, 2013) e utiliza como base o conceito de que as cognições influenciam nos comportamentos e nas emoções (KNAPP et al., 2007). Através de um modelo estruturado e focado em soluções, paciente e terapeuta colaboram ativamente com o processo terapêutico (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). A TCC possui uma ampla base de pesquisas corroborando sua eficácia em pacientes depressivos (BECK, 2013).

Acredita-se na possibilidade de se identificar a depressão como mais um problema a ser enfrentado pelo paciente oncológico e com potencial de trazer ainda mais riscos à sua saúde e ao sucesso/adesão ao tratamento.

Tendo em vista o que foi apontado anteriormente, é necessário fornecer ao paciente suporte psicológico, visando melhoria de seu humor e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas relacionados com sua condição, proporcionando, assim, melhoria em sua qualidade de vida e o aumento da possibilidade de adesão ao tratamento oncológico. Esse suporte pode ser fornecido através de alguns instrumentos, sendo a psicoterapia um deles.

Diante do exposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: qual o benefício em utilizar a Terapia Cognitivo-Comportamental para tratar casos de depressão em pacientes oncológicos? Justifica-se esta pesquisa pelo fato da depressão ser o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes oncológicos, interferindo na qualidade de vida, podendo levar à baixa aderência ao

tratamento e ao aumento do risco de comportamentos prejudiciais à saúde e de suicídio (HOPKO et al., 2008; BOTTINO; FRAGAS; GATTAZ, 2009).

Fica, assim, evidenciada a necessidade e a importância do acompanhamento psicológico para ajudar aos pacientes no enfrentamento das prováveis adversidades causadas pela depressão, melhorando, então, a qualidade de vida do mesmo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental poderia se mostrar eficaz para tratamento de pacientes oncológicos com transtornos de humor, sendo possível sua aplicação para beneficiar tal população. Logo, este estudo poderá contribuir agregando dados da literatura sobre o tema e disponibilizá-los para a comunidade acadêmica ou profissional, bem como para pacientes e cuidadores que porventura se interessem. Portanto, essa pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre os benefícios da TCC como tratamento adjuvante para depressão em pacientes oncológicos.

REFERENCIAL TEORICO

A DEPRESSÃO E O CÂNCER EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), o diagnóstico da depressão é realizado através da observação clínica (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios para diagnóstico de depressão, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) V

<p>Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.</p> <p>Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)</p> <p>Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).</p> <p>Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)</p> <p>Insônia ou hipersonia quase todos os dias.</p> <p>Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</p> <p>Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p> <p>Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).</p> <p>Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p> <p>Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>

O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Fonte: American Psychiatric Association (2014, p. 160)

A enfermidade atinge funções básicas do funcionamento psíquico do indivíduo como memória, atenção, concentração, cognição e volição (KNAPP, 2007; QUEVEDO et al., 2013), podendo ser caracterizada como leve, moderada e grave (APA, 2014). Ela tende a ter caráter incapacitante, podendo causar prejuízos na vida pessoal, social e profissional do paciente (POWELL, 2008; RANGÉ et al., 2011; QUEVEDO et al., 2013) até o ponto de levá-lo à total incapacidade em casos de depressão grave (BECK, 2011; APA, 2014).

Outro ponto a ser levantado é que também se trata de um dos transtornos que mais leva a internações em hospitais psiquiátricos (BECK, 2011) e atinge cerca de 300 milhões de pessoas no mundo todo (OMS, 2017b), sendo que "nos levantamentos mais recentes, o transtorno depressivo maior tem a prevalência mais alta ao longo da vida (quase 17%) de todos os transtornos psiquiátricos" (SADOCK, 2017, p. 348).

As comorbidades geralmente são comuns, principalmente transtornos de ansiedade, alimentares e relacionados ao abuso de substâncias, como álcool e drogas (APA, 2014). Outro fator preocupante é que a depressão também é uma doença potencialmente fatal, tendo em vista que pode levar ao suicídio (BECK, 2011; RANGÉ et al., 2011; APA, 2014).

Certos indivíduos possuem maior vulnerabilidade a desenvolver depressão, isso estaria relacionado não só a fatores biológicos, mas também psicológicos, como a capacidade de resiliência em reagir e enfrentar problemas (LACERDA et al., 2009).

Assim, fatores como estresse e traumas poderiam vir a contribuir para que indivíduos vulneráveis venham a desenvolver depressão (BARLOW; DURAND, 2008; APA, 2014), o que é corroborado pela observação de que eventos estressantes geralmente antecedem episódios depressivos (SADOCK et al., 2017) e o surgimento de doenças crônicas ou incapacitantes podem vir a aumentar o risco do paciente também desenvolver o transtorno (APA, 2014). Com isso, o

diagnóstico de câncer torna-se um fator estressante com potencial de elevar o risco do indivíduo desenvolver um quadro depressivo (BOTTINO; FRAGAS; GATTAZ, 2009).

A prevalência da depressão em pacientes crônicos é cerca de 47% superior em relação a população em geral (CARDOSO, 2011 apud FLECK; HORWATH, 2005; KESSLER et al., 2003) e sintomas depressivos podem ser encontrados em grande parte dos pacientes oncológicos (LACERDA, 2009), corroborando o que relata Hopko et al. (2008) ao afirmar que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum nessa população.

O impacto causado pela confirmação do diagnóstico poderá representar mudanças significativas na vida do indivíduo (MACHADO et al., 2008), resultantes da expectativa de como será a sua rotina pós-diagnóstico e do tratamento a ser enfrentado, podendo vir a representar considerável fator de estresse e influenciar na deterioração de relacionamentos e no desenvolvimento de problemas psicológicos, resultando na piora da qualidade de vida (IRVING; LLOYD-WILLIAMS, 2010).

É provável ao sujeito desenvolver sentimentos de tristeza e impotência diante da condição ao qual está submetido, tendo em vista que, apesar do avanço da ciência médica no tratamento, o diagnóstico geralmente traz uma conotação negativa e ainda prevalece a ideia na imaginação popular de associar a doença a uma sentença de morte (GASPAR et al., 2013).

O nome "câncer" é uma denominação genérica dada a um conjunto de doenças (INC, 2011; OMS, 2017a). Assim como a depressão, o câncer também é uma doença incapacitante (HOPKO et al., 2008) e um problema de saúde pública mundial (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2016; GASPAR et al., 2013). A estimativa mundial para 2012 foi de 14 milhões de novos casos, como câncer de pulmão, mama, reto, próstata e estômago, listados como os tipos mais comuns (STEWART et al., 2014).

No Brasil, a estimativa é de 600 mil novos casos de câncer em 2016 e 2017, sendo o de próstata e de mama os mais diagnosticados (INC, 2015). Trata-se de uma doença degenerativa de curso crônico (MACHADO et al., 2008) caracterizada por uma multiplicação descontrolada de células, processo ao qual resulta em um ou mais tumores malignos que levam a destruição de tecidos saudáveis, podendo se espalhar pelo corpo e levar à morte do enfermo (GASPAR et al., 2013; OMS, 2017a).

Sua origem está na interação entre carga genética, fatores ambientais e comportamentos de risco, em que os principais causadores são hábitos de vida desregrados, alimentação inadequada, vida sedentária e uso de substâncias como álcool e cigarro (OMS, 2017a).

O tratamento do câncer muitas vezes é debilitante, aversivo e doloroso, pois são utilizados medicamentos que frequentemente causam efeitos colaterais agressivos e pouco tolerados pelos pacientes (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009), fato que influencia negativamente na qualidade de vida do indivíduo e de seu círculo de relacionamento íntimo (SAWADA et al., 2009).

Os efeitos adversos mais comuns e esperados durante o tratamento são vômitos, náuseas, deficiência no sistema imunológico, fadiga, esterilidade, desequilíbrio hidro-eletrolítico e reações na pele (SAWADA et al., 2009; MACHADO et al., 2008).

Por fim, a presença de dor crônica é outro fator preocupante nessa população, cerca de 50% dos pacientes desenvolvem dores durante o histórico da doença, sendo que, em fase avançada, esse percentual pode chegar até 90% e, em alguns casos, a intensidade pode ir de moderada à insuportável (JUVER; VERCOSA, 2008).

A depressão configura-se como mais um problema a ser enfrentado pelo paciente oncológico e tende a agravar ainda mais sua saúde (LACERDA et al., 2009; BARLOW et al., 2009), o que resulta em ainda mais sofrimento e estresse a um paciente já debilitado e fragilizado física e psicologicamente, isso sem contar o provável impacto psicológico causado na família, profissionais e cuidadores (IRVING; LLOYD-WILLIAMS, 2010).

A condição influencia em vários aspectos da vida do enfermo, podendo causar baixa adesão ao tratamento, desenvolvimento de comportamentos prejudiciais, levar ao desejo de morrer e a elevação considerável do risco de suicídio (LACERDA et al., 2009; BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009), aumento de ansiedade, piora na qualidade de vida e relacionamentos, aumento da dor, exacerbação e progressão mais rápida do câncer, deterioração acentuada do sistema imunológico e disfunção sexual (HOPKO et al., 2008; HOPKO et al., 2011).

Outro fator preocupante é a depressão estar “associada a maior mortalidade em pacientes com câncer, independentemente do estágio da doença ou sítio tumoral” (QUEVEDO, 2013, p.134). Segundo Hopko et al. (2008) e Hart et al. (2012), com impacto negativo causado pela depressão em pacientes oncológicos tornou-se clara a necessidade encontrar intervenções psicológicas eficientes para essa população. Bottino, Fraguas e Gattaz (2009) afirmam que a utilização de intervenções psicossociais, terapia individual e terapia em grupo podem contribuir para reduzir os sintomas depressivos e o estresse no enfermo

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A DEPRESSÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental foi inicialmente desenvolvida pelo psiquiatra Aaron Beck, na década de 1960, a partir de estudos realizados com pacientes depressivos; sua base teórica sofreu influência de filosofias antigas e de escolas orientais (KNAPP et al., 2007; BECK, 2013), tendo sido estruturada ao longo dos anos como um processo terapêutico breve, estruturado, planejado e com objetivos determinados (KNAAP et al., 2007).

Aaron Beck iniciou o desenvolvimento da TCC com pacientes depressivos e observou que o transtorno estava relacionado à cognições disfuncionais em relação a três áreas, que são pensamentos

sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro (BECK, 1997; KNAPP et al., 2007; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

O principal pressuposto da TCC é de que não são os acontecimentos que levam sofrimento às pessoas, mas, sim, a interpretação que elas fazem das situações que enfrentam, nas quais os pensamentos e as crenças do indivíduo influenciam diretamente nos comportamentos e nas emoções deste (KNAPP et al., 2007; RANGÉ et al., 2011; BECK, 2013; DOBSON; DOBSON, 2013) e a forma como ele funciona no mundo estaria intimamente relacionada à interação entre cognição, emoção e comportamento (KNAPP et al., 2007).

Cognições disfuncionais, também chamadas de distorções cognitivas, estariam presentes em todos os transtornos psicológicos, tendo influência na gênese e desenvolvimento dos problemas enfrentados pelo paciente (BECK, 2013), assim, a principal função da TCC seria de ajudar o indivíduo a trabalhar pensamentos e crenças disfuncionais prejudiciais ou que lhe tragam sofrimento (KNAPP et al., 2007).

A terapia na TCC baseia-se em um vínculo positivo entre terapeuta e paciente, no qual existe uma co-participação de ambos na direção da realização do objetivo determinado em um processo chamado de "Empirismo Colaborativo" (BECK et al., 1997). Nesse processo é formada uma aliança colaborativa visando investigar, levantar e testar hipóteses para desenvolver estratégias de enfrentamento e habilidades, visando levar o paciente a desenvolver um estilo de pensamento mais saudável (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental possui uma extensa base de estudos comprovando a eficácia no tratamento de diversos transtornos psicológicos (DOBSON; DOBSON, 2011; BECK, 2013) e existem, ainda, pesquisas indicando uma taxa de eficácia semelhante ao uso de medicações antidepressivas em casos de depressão unipolar (BARLOW et al., 2009).

METODOLOGIA

O presente trabalho parte de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. Segundo Gil (2009), a pesquisa bibliográfica visa ampliar e aprofundar o conhecimento sobre um determinado tema a partir de uma base de literatura já publicada e previamente desenvolvida.

A abordagem aplicada foi qualitativa pois, segundo Minayo (2012), é aquela que visa levar o pesquisador a estudar e analisar um problema visando compreender a partir de um ponto de vista reflexivo, o que também leva ao encontro da proposta dessa pesquisa.

Foram incluídos artigos nos idiomas português e inglês e utilizados para pesquisa os seguintes descritores encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): "depressão", "terapia cognitivo-

comportamental" e "câncer" para a pesquisa nas bases de dados de língua portuguesa e "*depression*", "*cognitive behavioral therapy*" e "*cancer*" para pesquisar nas bases de dados de língua inglesa. Foram pesquisados apenas artigos publicados entre os anos de 2006 e 2016, em textos completos e disponíveis nas plataformas Scielo e Pubmed.

Para esse trabalho, foram selecionados apenas os artigos que tratam sobre o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental para tratamento de quadros depressivos em pacientes oncológicos. Para complementar e ampliar o estudo também foram utilizados livros publicados, sites de organizações governamentais e ONGs de referência sobre os assuntos abordados nessa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após as buscas, foram encontrados cinco artigos que cumpriram os requisitos estabelecidos para inclusão nessa pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 - Lista de artigos selecionados pelos critérios de inclusão e suas respectivas conclusões.

Autor/Ano	Título	Conclusão
Hopko et al. (2008)	<i>Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting</i>	Melhora nos sintomas depressivos.
Brothers et al. (2011)	<i>Cancer Patients With Major Depressive Disorder: Testing a Biobehavioral/Cognitive Behavior Intervention</i>	A intervenção mostrou declínio dos sintomas depressivos.
Hart et al. (2012)	<i>Meta-Analysis of Efficacy of Interventions for Elevated Depressive Symptoms in Adults Diagnosed With Cancer</i>	A TCC trouxe redução de sintomas depressivos semelhante ao tratamento farmacológico.
Qiu et al. (2013)	<i>A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression</i>	A TCC de grupo se mostrou eficiente no tratamento da depressão e elevou a autoestima das pacientes.
Chen, Chen e Zhi (2014)	<i>Retrospective comparison of cognitive behavioral therapy and symptom-specific medication to treat anxiety and depression in throat cancer patients after laryngectomy</i>	A TCC pode ser usada com sucesso como tratamento para depressão em pacientes oncológicos

Fonte: Dados da pesquisa bibliográfica do autor (2017)

A pesquisa de Hopko et al. (2008) com 18 pacientes acima de 18 anos de idade portadores de tipos variados de câncer, com depressão de severidade moderada e em tratamento no Instituto do Câncer do centro médico da Universidade do Tennessee, avaliou o uso da TCC em um total de nove

sessões individuais de uma hora com resultados promissores, mostrando melhora expressiva dos sintomas depressivos e ganhos consistentes avaliados três meses após o término da intervenção

Foram usados diversos instrumentos para avaliar depressão, qualidade de vida e satisfação do paciente, dentre os quais os mais importantes foram a Escala Hamilton para depressão, que é uma entrevista semiestruturada de 24 itens usada para medir a severidade dos sintomas em pacientes deprimidos, a Escala de Depressão de Beck II, que é um inventário de 21 itens a ser respondido pelo paciente, o Inventário de Qualidade de Vida, contendo uma autoavaliação de 16 itens, assim como um Questionário de Satisfação de Clientes, composto por 8 itens.

Todos os pacientes, menos um, apresentou benefícios significativos registrados através da Escala Beck e da Escala Hamilton. O resultado abaixo do esperado no paciente isolado foi atribuído a baixa adesão por parte do sujeito. A pesquisa também aponta alto grau de satisfação com a aplicação da TCC entre os pacientes, que relataram mudanças significativas em outros aspectos de sua rotina, como redução de ansiedade e melhoria na qualidade de vida.

Resultado semelhante foi observado na pesquisa de Brothers et al. (2011) que mostrou declínio significativo dos sintomas depressivos em uma amostra de 36 participantes, com mudanças observadas tanto no relato espontâneo dos pacientes como em entrevistas clínicas. Foram utilizados voluntários diagnosticados com câncer e depressão, mas que não apresentassem algum transtorno do Eixo I, segundo o DSM, além do transtorno depressivo e que não tivessem feito uso de substâncias nos seis meses anteriores à pesquisa.

Foram realizadas entre 12 e 20 intervenções individuais, onde os pacientes eram avaliados nas sessões, 07, 10 e 12 inicialmente, com possibilidade de estender o tratamento em incrementos de quatro sessões caso necessário. A escala usada foi a Hamilton para avaliar os sintomas e o progresso dos pacientes, bem como foram utilizados a Escala de Beck para Depressão e um formulário para avaliar a qualidade de vida.

O estudo também aponta melhora na saúde mental e na fadiga, apesar de não ter sido notada nenhuma mudança no quadro de dor enfrentado pelos pacientes. Os resultados positivos na escala Hamilton, apontados em 61% dos pacientes, e Beck, registrados em 69%, foram, segundo a pesquisa, clinicamente significativas.

O autor enfatiza ainda que a melhora da saúde mental deve provavelmente estar associada às intervenções psicológicas e não a uma melhora da saúde física, tendo em vista que não houve melhora do quadro do câncer, ao contrário, alguns pacientes, na verdade, evoluíram com uma piora no quadro clínico oncológico, em detrimento da diminuição de sintomas depressivos.

No ano seguinte, Hart et al. (2012) realizou uma metanálise de nove pesquisas (cinco sobre o uso de psicoterapia e quatro com o uso de medicações) que envolveram no total 1362 participantes

com tipos e estágios variados de câncer que objetivava, além da avaliação do impacto da TCC nos sintomas depressivos, também compará-la a outras modalidades de tratamento.

Das seis pesquisas em psicoterapia analisadas, quatro envolviam um tipo de terapia focada em solução de problemas e duas usaram a TCC. Todas utilizaram grupos de controle. Todas as pesquisas, menos uma que utilizou terapia em grupo, usaram sessões individuais em um total entre 4 a 10 a depender da pesquisa avaliada. As intervenções eram realizadas por psicólogos, estudantes de psicologia, profissionais do serviço social, enfermeiras, oncologistas ou psiquiatras. Os grupos de controle receberam tratamento usual sem terapia.

Nas pesquisas com medicamentos foram utilizadas as seguintes medicações: a) Duas pesquisas usaram doses diárias de 20mg de Fluoxetina, antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina, em períodos de aplicação de 5 e 12 semanas respectivamente; b) Uma pesquisa usou doses diárias de 60mg de Mianserina, antidepressivo tetracíclico, por 4 semanas; c) Uma pesquisa onde foram usados ou doses diárias entre 125mg e 200mg de Desipramina, antidepressivo tricíclico, ou entre 20mg e 40mg de Paroxetina, antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina, por um período de 6 semanas. Os grupos de controle receberam tratamento com placebo (pílulas).

Observou-se que todas as modalidades de tratamento trouxeram uma redução dos sintomas depressivos nos pacientes em comparação aos participantes dos grupos de controle. Ao comparar a Terapia Cognitivo-Comportamental com a outra modalidade de psicoterapia pesquisada, o autor ressalta a obtenção de resultados significativamente mais promissores e maior redução de sintomas no tratamento realizado com a TCC. Já em comparação com a terapia farmacológica, os resultados foram semelhantes aos da aplicação da TCC sozinha.

No ano seguinte, na China, Qiu et al. (2013) conduziu uma outra pesquisa com 62 pacientes diagnosticadas com câncer de mama para avaliar os benefícios da TCC de grupo. As mulheres foram divididas em dois grupos iguais de 31 pacientes cada, sendo um grupo controle, que não iria receber nenhum tipo de intervenção psicológica e o outro grupo intervenção, que receberia TCC de grupo.

A intervenção utilizada foi desenvolvida pela equipe de pesquisa e foi baseada nos manuais de TCC de Aaron Beck, *Cognitive therapy of depression*, e Judith Beck, *Cognitive therapy: basic and beyond*, e ajustada para as necessidades do grupo de pacientes específico. Foram realizados dez encontros semanais de duas horas cada, seguidos por um reforço um mês após o término da terapia.

Todas as sessões foram conduzidas pelo mesmo terapeuta, um psiquiatra treinado tanto em TCC quanto em terapia de grupo.

Avaliações utilizando como fonte de avaliação primária o questionário Hamilton, uma escala de autoavaliação de sintomas depressivos e uma avaliação funcional da eficácia da terapia oncológica e de autoestima (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast and Self-Esteem Scale*, ou SES); as avaliações secundárias foram realizadas ao término do estudo e seis meses depois do seu final.

O grupo de TCC apresentou redução de 9 pontos na escala Hamilton na primeira avaliação e os números se mantiveram constantes apenas com uma leve redução de nove para sete pontos na segunda avaliação, evidenciando uma significativa melhora mesmo a longo prazo. Para a autora, essa diferença de dois pontos entre as avaliações estaria relacionada com a possibilidade de algumas pacientes terem, inicialmente, superestimado sua melhora, fornecendo respostas mais desejadas aos pesquisadores.

O artigo também aponta o fato das pacientes no grupo de terapia terem tido considerável melhoria em sua autoestima, atribuindo isso à possibilidade da psicoterapia ter influenciado um novo senso de saúde e de autoeficácia, demonstrando, portanto, o benefício da TCC no tratamento da depressão nesse grupo de pacientes.

Corroborando com todos os outros estudos mencionados nesta pesquisa, o trabalho desenvolvido por Chen, Chen e Zhi (2014) observou que o uso da TCC pode trazer a redução de sintomas depressivos em pacientes depressivos com câncer de laringe e que passaram por um procedimento cirúrgico que remove parte ou totalmente a laringe do paciente chamado Laringectomia.

A pesquisa foi realizada em dois grupos, sendo um composto por 63 pacientes que passaram por um tratamento exclusivamente psicoterápico e sem administração de medicação em um total de 12 intervenções individuais em TCC durante o período de oito semanas e outro, formado por 56 pacientes que passaram por tratamento exclusivamente realizado com medicação e sem terapia durante o mesmo período.

A medicação utilizada escolhida foi de acordo com os sintomas apresentados pelos pacientes, onze que apresentavam sintomas ansiosos apenas e sem apresentar sintomas depressivos faziam uso de uma dose diária entre 15mg e 30mg de buspirona, já nove pacientes que apresentavam sintomas depressivos apenas, e não ansiosos, tomavam uma dose diária entre 50mg a 100mg de sertralina; e os pacientes que apresentavam sintomas de ambos os transtornos tinha prescrição de tomar uma dose diária de 15mg a 20mg de buspirona e uma de 50mg a 100mg de sertralina.

As avaliações dos pacientes foram realizadas através de dois instrumentos validados na China chamados de Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS) para avaliar ansiedade e Zung Self-rating Depression Scale (SDS) para avaliar depressão, ambos compostos de 20 itens divididos em 4 escalas do tipo Likert. Elas foram aplicadas antes do início do tratamento e após o seu término.

Segundo as avaliações realizadas, houve significativa redução dos sintomas depressivos em ambos os grupos durante as oito semanas de tratamento, sem, entretanto, ter sido notada diferença estatística substancial entre os dois tipos de tratamento. O uso da TCC ajudou na redução de sintomas depressivos, melhorou a forma como os pacientes identificam e trabalham suas percepções sobre a

doença, desenvolvendo neles a capacidade de apresentar comportamentos mais adaptativos em substituição a comportamentos de fuga/esquiva.

Um ponto interessante a ser notado é que, assim como os achados da pesquisa de Hart et al. (2012), a pesquisa de Chen, Chen e Zhi (2014) também evidenciou resultados do uso da TCC semelhantes ao uso de terapia farmacológica e conclui que a TCC é um tratamento eficiente para melhorar a qualidade de vida, amenizar sintomas depressivos e aumentar a expectativa de vida de pacientes oncológicos.

Esse é um dado relevante se for levado em consideração por aqueles pacientes que não desejam fazer uso de antidepressivos, de medicações com efeitos colaterais indesejáveis ou interações medicamentosas incompatíveis com o tratamento instituído ao câncer.

CONCLUSÃO

A depressão, além de muito frequente, pode tornar-se um fator complicador importante no plano terapêutico de pacientes oncológicos. Sintomas como desesperança, anedonia, fadiga ou até mesmo pensamentos de morte e de suicídio não podem ser colocados em segundo plano na proposta de tratamento. Neste sentido, essa pesquisa buscou investigar o benefício da Terapia Cognitivo-Comportamental como tratamento da depressão em pacientes oncológicos através de dados de revisão bibliográfica.

Todos os estudos que tratam desse tema foram unânimes em apontar benefícios da TCC na diminuição de sintomas depressivos, na melhoria da qualidade de vida, da auto-estima, na melhor adesão ao tratamento, com efeitos comparáveis, em algumas pesquisas ao uso de antidepressivos. Além disso, a maior parte das pesquisas demonstrou que os ganhos permaneciam por meses após intervenção, demonstrando sua importância em longo prazo.

As limitações desse estudo se devem à escassez de ensaios clínicos utilizando Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes oncológicos, a ausência de protocolos específicos de orientação em TCC para depressão que pudessem ser replicados e comparados nesse perfil de pacientes que vivenciam peculiaridades ímpares, bem como a uniformização de medidas de desfecho. Entretanto, enfatiza-se que os resultados são promissores, o que deve impulsionar pesquisas futuras, ampliando o conhecimento e estimulando o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental como uma ferramenta importante no plano terapêutico de pacientes oncológicos com depressão.

Seria igualmente importante o surgimento de outras pesquisas que avaliassem também a eficácia da TCC na prevenção de sintomas depressivos em pacientes com diagnóstico recente de câncer, como uma ferramenta de intervenção precoce, bem como diferenças de prognóstico entre a intervenção precoce e a intervenção apenas no período de manifestação da depressão. Espera-se que

essas novas pesquisas possam preencher as lacunas do conhecimento ainda existentes acerca desse tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**, 5. ed., Porto Alegre : Artmed, 2014.

BARLOW, D. H. et al. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARLOW, D. H.; DURAND, M. R. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**, 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**, Porto Alegre: Artmed, 1997

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão: causa e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2011

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOTTINO, S. M. B.; FRAGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 36, supl. 3, p. 109-115, 2009.

BROTHERS, B. M. et al. Cancer patients with major depressive disorder: testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 79, n. 2, p. 253, 2011.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. argum**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, Out./Dez., 2011.

CHEN, J.; CHEN, C.; ZHI, S. Retrospective comparison of cognitive behavioral therapy and symptom-specific medication to treat anxiety and depression in throat cancer patients after laryngectomy. **Shanghai archives of psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 95-101, 2014.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicoterapias: Abordagens atuais**, 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, Porto Alegre : Artmed, 2008.

DOBSON, D.; DOBSON K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**, Porto Alegre : Artmed, 2011.

GASPAR, K. C., ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Psicologia e câncer**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

HART, S. L. et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 104, n. 13, p.990-1004, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HART, S. L. et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, 2012.

HOPKO, D. R. et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. **Behavior therapy**, v. 39, n. 2, p. 126-136, 2008.

_____. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 79, n. 6, p. 834, 2011.

_____. Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. **Health Psychology**, v. 35, n. 1, p. 10, 2016.

IRVING, G.; LLOYD-WILLIAMS, M. Depression in advanced cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 14, n. 5, p. 395-399, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**, Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JUVER, J. P. S.; VERCOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 58, n. 3, p. 287-298, Jun., 2008.

KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo Comportamental na prática psiquiátrica**, Porto Alegre: Artmed, 2007.

LACERDA, L. T. de et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**, Porto Alegre: Artmed, 2009.

MACHADO, S. M. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 750-757, 2008.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar., 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cancer**, 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 13 de abril, 2017.

_____. **Depressão**, 2017b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 13 de abril, 2017.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão Cognitive-behavioral therapy for depression. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 30, n. Supl II, p. 73-80, 2008.

QUEVEDO, J. et al. **Depressão: Teoria e Clínica**, Porto Alegre: Artmed, 2013.

QIU, J. et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 34, n. 2, p. 60-67, 2013.

RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SADOCK, B. J. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**, 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SIEGEL, R. L.; MILLER, . D.; JEMAL. A. Cancer statistics, 2016. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 66, n. 1, p. 7-30, 2016.

STEWART, B. W. et al. **World cancer report 2014**, Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. R. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**, Porto Alegre: Artmed, 2008.

Recebido em: 29 de Outubro de 2020

Aceito em: 12 de Dezembro de 2020

¹ Psicólogo (FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU); Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental (UNICHRISTUS). E-mail: antonio@antoniomartins.com.br.

²Fisioterapeuta (UNIFOR); Especialização em Educação (INTA); Mestre em Ensino na Saúde (UECE). E-mail: arnislane@yahoo.com.br.

³Médica (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA); Residência em Psiquiatria (SESA/CE); Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental (UNICHRISTUS). E-mail: liviaeugeniolopes@gmail.com.