

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

ARAÚJO, Gabriele Bortolo de. As intervenções em Psicologia dirigidas ao tratamento do câncer: uma revisão bibliográfica. *Omnia Saúde*, v.7, supl., p.01-13, 2010.

AS INTERVENÇÕES EM PSICOLOGIA DIRIGIDAS AO TRATAMENTO DO CÂNCER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ASSISTANCE IN PSYCHOLOGY ADDRESSED TO CANCER TREATMENT: A REVIEW OF THE LITERATURE

Gabriele Bortolo de Araújo

Psicóloga – Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

RESUMO

A ampliação do campo de atuação em Psicologia, relacionada ao adoecimento por câncer, abrange variados modelos de intervenção. A produção científica apresenta intervenções dirigidas a pacientes com câncer e seus familiares. Esta pesquisa tem o objetivo de apresentar e discutir modelos de atenção ao tratamento do câncer que envolvem práticas em Psicologia. A metodologia envolveu a busca de artigos científicos nas bases de dados indexadas Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil. Outras fontes de informação consultadas foram livros e sites institucionais como do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Os resultados indicaram que as pesquisas parecem concentrar-se em práticas executadas nas unidades de complexidade elevada da atenção em oncologia, deixando à margem modelos de atenção em serviços comunitários articulados a visita domiciliar. Outro fator que se destaca é a reduzida presença de pesquisas que particularizam o acompanhamento psicológico em situações de reincidência do adoecimento. Pelas razões expostas foram apresentadas áreas que demandam mobilização de pesquisas em Psicologia da Saúde.

Palavras-chave: Oncologia; Intervenções em Psicologia; Psicologia da Saúde

ABSTRACT

The expansion of the field of activity in psychology-related illness from cancer, covering various intervention models. The scientific literature shows targeted interventions for cancer patients and their families. This research aims to present and discuss models of care to cancer treatment involving practices in psychology. The methodology involved the pursuit of scientific papers in indexed databases SciELO Brazil and Brazil Virtual Health Library. Other sources of information were consulted books and institutional sites such as the National Cancer Institute (INCA). The results indicated that the research seems to concentrate on practices performed in units of high complexity of care in oncology, leaving aside models of care in community service articulated the home visit. Another factor that stands out is the low presence of research that particularize the psychological situations of recurrence of disease. For the above reasons were presented areas that require mobilizing research in Health Psychology

Key words: Oncology; Interventions in Psychology, Health Psychology

INTRODUÇÃO

A abordagem dos fatores psicológicos na atenção ao câncer

Stoudemire (2000) relata que as séries de casos já estudados em pesquisas, demonstraram claramente que fatores psicológicos e comportamentais podem afetar adversamente o curso de condições médicas. Especialmente no caso de doenças dermatológicas, diabetes, gastrintestinais, cardiovasculares, renais, neurológicas, pulmonares, reumatológicas, e oncológicas. O autor relata que a associação da depressão com estados de adoecimento pode afetar o prognóstico de certos tipos de câncer, provavelmente por meio de mecanismos imunológicos. A depressão interfere de modo intenso nos resultados das ações de reabilitação.

Para Stoudemire (2000) os traços de personalidade também têm sido associados às condições médicas, mas não existem evidências convincentes de que algum tipo específico de traço de personalidade possa ser importante para o desenvolvimento de uma possível doença física em particular. Outras pesquisas apontam este posicionamento (Ayache e Costa, 2009; Ayache e Costa, 2005) com exceção apenas da doença coronariana (Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira, 1998).

O grau de adaptação à doença decorre do uso de mecanismos defensivos contra os processos ansiogênicos. O uso intenso da negação inibe a realização do diagnóstico e dificulta a adesão ao tratamento. Os traços esquizóides de personalidade interferem na constituição do vínculo terapêutico com a equipe de saúde e é possível verificar a ruptura com qualquer modalidade terapêutica (Stoudemire, 2000).

Levenson e Bemis (2000) destacam que a escola de psicossomática radicada nos EUA (Escola de Chicago) desenvolveu estudos sobre o câncer que abordavam a) variáveis psicossociais, b) variáveis de personalidade, c) variáveis interpessoais, d) eventos estressores e e) fatores psicológicos que afetam o sistema imunológico. Os autores destacam que as variáveis psicossociais envolvem o modo de enfrentamento de eventos críticos. Nesta perspectiva encontra-se o clássico estudo de Sontag, denominado A doença como metáfora.

Os aspectos metafóricos do adoecer representariam o modo de enfrentamento. Em um estudo com mulheres histerectomizadas, Penga e Rumin (2008) discorrem ao menos sobre três condições metafóricas, definidas como: castração, iluminação e expiação. A castração determina ao sujeito adoecido uma perspectiva de barramento das relações desejantes e de impedimento a circulação no espaço social. Nesta metáfora o adoecimento significa castigo, punição pelo modo como o indivíduo organiza as relações com o real. A iluminação se constitui como uma imposição mítico/religiosa onde quem adoce deve se submeter e resignar-se. O indivíduo tem reduzido o enfrentamento da doença e a vivência em uma condição passiva, se conformando com a mesma. O indivíduo passa a aceitar seu processo de adoecimento sem a constituição de enfrentamento. E por último, a metáfora da expiação, é definida como uma condição adversa que possibilita a reconfiguração das relações sociais e dos afetos. O indivíduo é orientado para o enfrentamento da doença determinando uma ação ativa do doente na tentativa de reconstrução do quadro geral da saúde. O indivíduo passa a responder ativamente as imposições da doença e aos estímulos ambientais, demonstrando elevada capacidade de resiliência.

As discussões em torno dos traços de personalidade que incentivam a ocorrência do câncer, correspondem a ideia de que pacientes que possuam menor grau de expressividade emocional e caracteres depressivos, possuem menor sobrevida quando comparados aos pacientes que expressam suas emoções negativas, como a raiva (Levenson e Bemis, 2000). Esta perspectiva é indicada também por Bandeira e Barbieri (2007).

As variáveis interpessoais consideram que a falta de intimidade dos pacientes com seus pais, com relacionamentos pouco satisfatórios estão associados ao possível surgimento do câncer (Levenson e Bemis, 2000). As experiências de psicoterapia com mulheres que desenvolveram câncer de mama confirmam esta proposição, especialmente, na vinculação com suas mães (Quintana, 2007).

De acordo com Stoudemire (2000 apud Neme e Rodrigues, 2003) os eventos estressantes são considerados como fator de aceleração para o surgimento do câncer. Antunes Neto et al. (2008) demonstraram experimentalmente esta proposição. O enlutamento é um estressor comumente relacionado na literatura ao surgimento do câncer, entretanto, para a situação específica de viuvez e divórcio, Santos et al. (2009) não encontraram esta relação para casos de câncer de mama.

Para Levenson e Benis (2000 apud Stoudemire, 2000) os fatores psicológicos influenciam diversas situações ligadas ao tratamento do câncer, que perpassam o recebimento do diagnóstico, o funcionamento familiar e o comportamento do indivíduo ao longo do tratamento. Carvalho (2002) aponta que nestas situações são exigidas práticas psicológicas de apoio, aconselhamento, e de reabilitação. O apoio é um facilitador da comunicação do diagnóstico para o indivíduo e sua família. O aconselhamento possibilita a aceitação dos tratamentos e dimensiona as vivências inerentes ao risco de morte. Já a reabilitação busca incentivar a retomada do cotidiano mesmo frente as limitações enfrentadas.

Carvalho (2002) destaca que a variedade de origens teóricas tem trazido muita diversidade as intervenções em psicologia que visam o apoio ao indivíduo com câncer. Filgueiras et al. (2007) indica que, independente da perspectiva teórica, é frequente encontrar nas intervenções de apoio, indivíduos que empregam a supressão de afetos e a evitação de conflitos como postura defensiva preponderante de suas ações cotidianas. Daí a importância da prática de apoio por propiciar a ampliação do contato com elementos presentes nas ações de cuidado.

A investigação da história familiar pode ocorrer nas práticas de apoio ou de aconselhamento. Contribui para a delimitação das relações vinculares e dos processos de interfantasmática. Para Filgueiras et al. (2007 p.555):

“O conceito de interfantasmática traz importantes esclarecimentos acerca de como o grupo familiar pode influenciar na subjetivação do sujeito a partir da função materna, sendo, ainda, por meio desse processo que se pode observar a qualidade da elaboração e metabolização dos conflitos na família”.

Ainda de acordo com o autor, a interfantasmática deve ser compreendida nos cuidados dirigidos aos indivíduos com câncer, pois, “como um complexo veiculado pela função materna, em sua capacidade ou impossibilidade de proteger o sujeito dos excessos

traumáticos e das angústias inundantes (Filgueiras et al. 2007 p.556), oferece a possibilidade de elaboração das vivências traumáticas.

Segundo Benites e Grubits (2007) o câncer deve ser considerado em suas representações e significados e nos desdobramentos sobre a identidade. Com isso a representação da doença e do estar doente, muda de indivíduo para indivíduo, pois cada um traz em suas vivências seus parâmetros subjetivos.

Diante das perdas impostas pela doença, familiares e o ente adoecido novamente se articulam com suas histórias pessoais de perdas, o que os impõem intensos sentimentos de impotência. A medida que as consequências aparentes da doença se apresentam o olhar alheio é percebido como destrutivo e uma ambiguidade característica se estrutura: As expectativas de cura giram em torno também do tratamento, que é vivenciado de forma ambígua: determina intensa dor e sofrimento, mas sem ele o adoecer se impõe (Benites e Grubits, 2007).

De acordo com Spink (2003) a dificuldade em incorporar a doença a corporeidade, é expressa em diversificadas referências ao câncer: “isso”, “coisa”, “ferida”. Estas expressões denotam, de acordo com Rossi e Santos (2003) a ruptura da sensação de invulnerabilidade e a perda de domínio sobre a própria vida. Daí se ampliam as vivências depressivas que de acordo com Fanger et al. (2010) alcançam prevalência de 15,5% de depressão maior em indivíduos com câncer. O estágio avançado da doença, a intensidade da dor e a solidão ampliam os estados depressivos. O autor destaca que a intensificação dos sentimentos depressivos podem culminar com o suicídio e este risco aumenta se: o doente for do sexo masculino e houver declínio da função física (Fanger, et al. 2010).

Para Miller (1997 apud Quintana, 2007) o pensamento operatório nem sempre permite a exteriorização da agressividade e limita a capacidade do indivíduo que permite a integração de tensões pulsionais. A preponderância das características sensório-motoras daria um aspecto operatório ao psiquismo, caracterizado por ser consciente e não ter ligações significativas com representações afetivas. Os prejuízos a expressão da agressividade e integração pulsional culminam com a desorganização somática.

Silva (2008) apontou estudos prospectivos que avaliaram a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia e demonstraram que elas sentiram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos e atividades de vida diária. Rossi e Santos (2003) a partir de relatos de mulheres que tiveram câncer de mama e que estavam em fase de reabilitação destacam alguns contrapontos as repercussões negativas deste adoecimento. As participantes da pesquisa afirmam o redimensionamento da vida e uma revisão dos valores pessoais que se estendem de percepções sobre a natureza até vivências mais ativas em torno daquilo que é corriqueiro e cotidiano.

OBJETIVO

Esta revisão bibliográfica tem o objetivo de apresentar e discutir modelos de atenção ao tratamento do câncer que envolvem práticas em Psicologia.

METODOLOGIA

A presente pesquisa desenvolveu-se a partir de uma revisão bibliográfica narrativa onde buscou-se compreender os modelos de atenção ao tratamento do câncer que envolvem práticas em Psicologia.

A busca de artigos científicos envolveu as bases de dados indexadas Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil. Outras fontes de informação consultadas foram livros e sites institucionais como do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Acompanhamento Psicológico vinculado ao tratamento do câncer

A ampliação do campo de atuação em Psicologia, relacionada a atenção ao adoecimento por câncer, se diferencia da Psicologia Clínica em direção aos fatores biopsicossociais. Por isso é ampliada a participação em equipes multiprofissionais, na atenção básica em saúde, instituições de apoio aos indivíduos com câncer e familiares (Campos, 2007). A seguir apresenta-se diversos modelos de intervenções no acompanhamento psicológico de indivíduos e de suas famílias no tratamento do câncer. A análise de diversos artigos e livros que apresentam intervenções dirigidas a pacientes e familiares com câncer é apresentado a partir do lócus de intervenção.

A intervenção que envolve o indivíduo e a família é reconhecida em experiências como a do Centro Oncológico de Recuperação e Apoio (CORA) que têm como objetivo ampliar as capacidades para o indivíduo com câncer lidar com suas emoções, delimitar suas necessidades existenciais e desestabelecer as vivências depressivas. O método é dividido em nove encontros semanais, onde as técnicas de relaxamento e de orientação reichiana possibilitam a formação de imagens mentais (Carvalho, 1992).

O primeiro encontro busca reverter a postura passiva em relação aos fatos da vida. No segundo encontro busca-se que os impulsos relacionados à desesperança e ao desamparo sejam substituídos por expectativas e desejos de vida por meio de técnicas psicodramáticas. O terceiro passo envolve a discussão de como o paciente participa do processo saúde/doença, com o emprego de técnicas reichianas. O quarto passo delimita os ganhos secundários com o adoecer e como lidam com os aspectos sociais da cultura (impedimento à expressão da tristeza, raiva, hostilidade). Utiliza-se a técnica de formação de imagens mentais, denominada “visualização” e compreende aspectos articulados à infância e à dinâmica familiar. No quinto passo aborda-se o tema “decisões na infância” que compreende o contato com as experiências infantis e emprega-se uma técnica expressiva com massa de modelar, denominada “escultura familiar”. No sexto encontro as técnicas de visualização e relaxamento propiciam as abordagens das fantasias em relação à morte e inclusive a visualização da própria situação de morte. Na sétima sessão estimula-se a formação de compromissos em relação a metas de vida e ampliação da qualidade de vida por meio de exercícios físicos. Na oitava sessão os pacientes estabelecem seus próprios roteiros de relaxamento e estimula-se a comunicação interpessoal. Na nona sessão há o encerramento do grupo CORA com a oferta de massagens terapêuticas e a realização de entrevistas individuais sobre o processo saúde/doença (Carvalho, 1992).

Outro modelo de atenção Psicossocial dirigido aos indivíduos e seus familiares é proposto por Giuliano, Silva e Orozimbo (2009) onde busca-se minimizar os impactos da doença no cotidiano do paciente, estimular a adesão ao tratamento proposto e prevenir crises emocionais. Dirigido especialmente as crianças, envolvem livros infanto-juvenis, ilustrações e textos, que se articulam com conflitos relativos à expressão de sentimentos, diferenças individuais, a importância da comunicação e reflexão e as distintas formas de se compreender uma situação. Bichos de pelúcia e outros objetos são empregados como personagens de histórias produzidas pelos participantes. A criação de histórias com os bichos de pelúcia e outros objetos é iniciada por um participante e é dada sequência à história por um outro participante que utiliza outro objeto, ou bicho de pelúcia. É orientada pela perspectiva de Winnicott, onde o brincar possibilita o contato com as fantasias e estimula a reorganização de instâncias psíquicas.

Outro modelo dirigido aos familiares de indivíduos com câncer é denominado grupo de apoio. Esta abordagem possibilita a ampliação da capacidade para o enfrentamento da doença e restringe as vivências de desamparo e solidão (Campos et al. 2007). O grupo de apoio possibilita que os familiares encontrem suporte para tolerarem as informações sobre a evolução da doença e para expressarem a esperança de cura. A infância dos familiares é abordada por meio de atividades lúdicas que remetem às brincadeiras da infância dos acompanhantes. Desse modo é possível ampliar a produção discursiva em torno da doença dos filhos, em direção às preocupações e problemas presentes no dia-a-dia (Campos et al. 2007).

Moscheta & Santos (2002) afirmam a importância dos grupos de apoio para o tratamento do câncer no contexto de serviços de saúde e em arranjos comunitários (associações de bairro, grupos sociais e organizados). Destacam que os grupos de apoio se estruturam de modo diversificado podendo ser homogêneos e heterogêneos e com critério de participação flexível (abertos ou fechados). Os autores destacam que os benefícios dos grupos de apoio a pacientes com câncer é a figuração de uma rede de apoio social que auxilia o enfrentamento da doença. Este enfrentamento é possível pelo efeito de amparo aos afetos mobilizados nos diferentes momentos do adoecer, a saber “diagnóstico, tratamento e reabilitação psicossocial” (Moscheta & Santos, 2002, p.1230).

Para os autores o grupo de apoio pode ter caráter informativo, o que confere maior adesão ao processo terapêutico. Destacam também o papel central do terapeuta no grupo, o que confere a abordagem das preocupações dominantes dos participantes, possibilita o rapport, o fluxo de comunicações e favorece ações em saúde. Finalizam a descrição do grupo de apoio ao paciente com câncer ressaltando que o autocuidado também é ampliado (Moscheta & Santos, 2002).

Apoiados na perspectiva de ampliar a possibilidade de enfrentamento da doença, Souza e Araujo (2010) propõem o grupo de intervenção psicoeducativa em Oncologia, que têm como objetivo promover intervenções psicossociais que diminuam o distress e melhorem a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Na intervenção psicoeducacional são abordadas atitudes e crenças individuais, estratégias para lidar com as limitações funcionais, habilidades para a manutenção de uma rede de suporte social, ressignificação de pensamentos negativos, estabelecimento de objetivos realistas e planos para o futuro. Este modelo de intervenção é apoiado teoricamente na análise clínica do comportamento e segundo Souza e Araujo (2010) estimula a adesão e satisfação com o tratamento, minimiza o sentimento de isolamento e incrementa a percepção de auto eficácia.

Lourenção, Santos Junior e Luiz (2009) descrevem um modelo de intervenção de grupo para o manejo do stress estruturado em dez sessões semanais, com o número de seis a dez participantes, onde técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de assertividade e de habilidades são empregados para o enfrentamento da raiva. Os autores encontraram benefícios significativos neste modelo de grupo quando comparados a um grupo controle. São empregados o auto monitoramento, o desenvolvimento de estratégias compensatórias e o “Memory and Attention Adaptation Training”. Outra técnica relativa à abordagem da terapia cognitiva é a identificação de erros cognitivos.

No último modelo discutido nesta revisão bibliográfica sobre a intervenção em grupo dirigida a atenção ao câncer, encontra-se os grupos de sala de espera (Verissimo e Valle, 2005). Estes envolvem uma intervenção dirigida ao paciente e seus familiares e potencializam um espaço informal das instituições de saúde. Verissimo e Valle (2005) indicam que o enquadre é pouco estruturado aproveitando o grupo espontaneamente formado no local, por isso a composição é heterogênea, envolvendo pessoas de sexo, idade e níveis de participação diferenciadas.

Os autores destacam “que o enfoque no grupo é no aqui e no agora e a sessão deve possuir começo, meio e fim, visto que é única” (Verissimo e Valle, 2005 p.33). Possibilita a transmissão de informações sobre o diagnóstico, as condições de tratamento e sobre a instituição que oferece cuidados em saúde. Entre os efeitos verificados neste tipo de grupo encontram-se as possibilidades de socialização que originam trocas e suporte social, a diminuição da ansiedade e a maior aderência ao tratamento proposto, visto que o vínculo entre usuários do serviço e profissionais de saúde, ganha qualidade. Por isso, Verissimo e Valle (2005) enfatizam a aplicação dos grupos de sala de espera até mesmo para outras condições clínicas como: pacientes somáticos e os que possuem doenças crônicas.

Modelo de intervenção individual no atendimento de indivíduos com câncer

Com o objetivo de mobilizar o sistema imunológico de pacientes com câncer, Leshan (1992) propõe um modelo terapêutico que prioriza a “solução individual” de conflitos a partir da abordagem de situações que o indivíduo gostaria de vivenciar. O autor afirma que mecanismos de auto cura, autoexame e auto renovação são estimulados no encontro entre o indivíduo doente e o terapeuta quando o indivíduo liberta-se dos medos e anseios que restringem o modo como gostariam de constituir um estilo particular de vida. De acordo com Leshan (1992 p.70) “a proposta é voltada para o que o indivíduo gostaria de fazer e não o que ele deve fazer; o que ele deseja para sua vida e não o que ele deveria desejar”. O autor afirma que se existe um processo que possibilite a expressão da singularidade, o sofrimento pode ser destituído.

Elias (2003) indica a utilização das psicoterapias de apoio como forma de favorecer a contenção de um momento crítico. Para isto busca desenvolver no paciente uma atitude de auto observação e de compreensão de suas limitações tomando como campo analítico as motivações e conflitos do indivíduo. Emprega a técnica de visualização de imagens mentais, destacando que “visualizar é abstrair-se da realidade externa” (Elias, 2003 p.94). A visualização pode ser feita de três formas:

“a dissociação, que permite ao paciente focar seu pensamento em um tempo e espaço diferentes do real tridimensional em que ele está inserido; a

sugestão indireta através da qual pode induzir o paciente a focar sua atenção em imagens mentais, tranquilas, prazerosas, positivas e revigorantes, a sugestão direta, onde são feitas afirmações aos pacientes, através de citações ou de imagens que o ajudam a abolir a dor, o sofrimento, e o medo” (Elias, 2003 p.94).

Elias (2003) enfoca a integração de técnicas de visualização de imagens com o relaxamento mental, como forma de favorecer a ressignificação da dor simbólica da morte dos pacientes. O autor destaca que atividades gráficas e jogos propiciam o deslocamento para espaços exteriores ao indivíduo, de medos e angústias. Assim as representações da cultura em torno da morte são visualizados e descritos possibilitando a expressão do quanto aquilo afeta o indivíduo.

Pautados na possibilidade de projeção de imagens Vasconcellos & Giglio (2007) empregam a arteterapia em Psico-Oncologia. Destacam que a experiência criativa pode propiciar transformações de instâncias conflituosas, por representar estados críticos que ainda não se apresentam à consciência, mas que limitam a constituição de um quadro ampliado de saúde geral. Vasconcellos & Giglio (2007 p.377) destacam que a arteterapia envolve uma perspectiva psicodinâmica “de reconstrução da história pessoal e de contato com os próprios sentimentos e fantasias”.

Segundo Langaro et al. (2012) técnicas psicoterápicas pautadas na perspectiva Existencialista também são empregadas na atenção individual aos indivíduos com câncer. A Psicoterapia de Orientação Existencialista, têm como objetivo “mediar o sujeito na construção de ferramentas que possibilitam alterar situações de sofrimento, nesta técnica há segmentação de três momentos distintos: a investigação, a compreensão e a intervenção” (Langaro et al. 2012 p.134). O autor afirma que a condução terapêutica deve elucidar as escolhas e o projeto-de-ser, as características de personalidade e da relação entre o sujeito e o corpo; são analisadas “relações concretas dos sujeitos, compreendendo o conjunto de fenômenos, que contribuiriam para o sofrimento” (Langaro et al. 2012 p.132).

O modelo psicanalítico pode ser empregado na atenção ao câncer independentemente do setting, isto porque a transferência possibilita a ordem de determinação dos afetos e por isso expõe “aspectos da vida psíquica que estavam latentes” (Zecchin, 2004 p.36). A autora afirma que a manifestação da doença mobiliza afetos em torno de perdas e vivências traumáticas que constituem a história do indivíduo. Zecchin (2004) utiliza o método psicanalítico da Teoria dos Campos, onde valoriza a atenção flutuante e o desapego de modelos teóricos sobre a estrutura da personalidade. Este recurso metodológico propicia a descoberta do modo de realização do desejo humano e, de tal forma, o terapeuta fica em uma zona intermediária promovendo a ruptura dos campos segmentados com o recurso da interpretação. Assim é possível “deixar o paciente colocar seus dramas em cena” (Zecchin, 2004 p.152), entendendo as articulações dos afetos no plano inconsciente.

Pode-se encontrar também um modelo de terapia comportamental-cognitiva individual dirigida a pacientes com câncer. Motta e Enumo (2004) propõe um modelo de intervenção que busca identificar os principais estressores da hospitalização dos pacientes com câncer como: a doença; a dor; o ambiente hospitalar pouco familiar; a exposição a procedimentos médicos invasivos; a separação dos pais; o stress dos acompanhantes; a ruptura da rotina de vida e adaptação a uma nova rotina imposta e desconhecida; a perda da autonomia, controle e competência pessoal; a incerteza sobre a conduta mais apropriada; e a morte. O

conhecimento destas questões favorece para que o terapeuta consiga compreender a maneira como o indivíduo articula seus pensamentos e fazer com que ele entenda o modo de enfrentamento com a demanda de sua situação. Este instrumental denominado “estratégias de enfrentamento” é composto: pelas escalas de stress, inventário de ansiedade, e escala do comportamento. O referencial utilizado é da análise funcional do comportamento. Considera-se que cada comportamento avaliado pode acontecer em função de situações antecedentes que o desencadeiam (ambiente hospitalar, contexto da doença e tratamento, contexto familiar e características do indivíduo) ou em função das consequências que o mesmo pode trazer para o paciente (Motta e Enumo, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por referências de intervenções psicológicas dirigidas ao tratamento do câncer encontra uma diversificada gama de modelos e orientações teóricas. Também é de fácil apreensão a relevância das intervenções em Psicologia nos cuidados a família e aos indivíduos com câncer.

Entretanto, as pesquisas parecem concentrar-se em práticas executadas nas unidades de complexidade elevada da atenção em oncologia, deixando à margem modelos de atenção em serviços comunitários articulados a visita domiciliar. Outro fator que se destaca é a reduzida presença de pesquisas que particularizam o acompanhamento psicológico em situações de reincidência do adoecimento.

Os serviços comunitários demonstram sua viabilidade (Rumin et al. 2007) para abordar as situações onde a negação do adoecer e o desejo de morte são tão extremos que há uma conduta obstinada em distanciar-se do diagnóstico e tratamentos exigidos. Por contar com a presença do profissional de Psicologia nos limites do domicílio, é possível oferecer a família dispositivos para incentivar o ente adoecido a buscar por cuidados. Além disso, é possível fomentar a decisão em direção aos tratamentos requeridos, pois, há um espaço transitório entre o indivíduo e o serviço de saúde representado pelo vínculo com o profissional de Psicologia.

A presença de pesquisas sobre a intervenção em Psicologia nas situações de reincidência dos quadros oncológicos são necessárias em razão das vivências depressivas se apresentarem de modo muito intenso. Ainda, é frequente que as recidivas do câncer tenham ampliação em sua gravidade e fragilizem os investimentos nos processos de cuidados em saúde. Pelas razões expostas foram apresentadas áreas que demandam mobilização de pesquisas em Psicologia da Saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v.3, n.2, 273-294, 1998.

ANTUNES NETO, J. M. F. et al. Níveis comparativos de estresse oxidativo em camundongos em duas situações do limite orgânico: overreaching induzido por treinamento de natação e câncer. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v.14, n.6, p.548-552, 2008.

AYACHE, D.C.G.; COSTA, I.P. Traços de personalidade e suas alterações em mulheres com lúpus. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.49, p.6, p.643-657, 2009.

AYACHE, D.C.G.; COSTA, I.P. Alterações da personalidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.45, n.5, p.313-18, 2005.

BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V. Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.23, n.3, p. 295-304, 2007.

BENITES, C. C. A.; GRUBITS, S. A construção da identidade em crianças com câncer: aspectos psicodinâmicos e psicossociais. In: GRUBITS, S.; GUIMARÃES L. A. M. *Psicologia da Saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar*. São Paulo: Vetor, p.77-90, 2007.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L.; MACHADO, P.; MARGARETH, A. Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. *Psicologia em Estudo*, v.12, n.3, p.636-639, 2007.

CARVALHO, V. A. Atendimento Psicossocial a Pacientes com Câncer- Relato de uma Experiência. In: KÓVACS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.213-233, 1992.

ELIAS, A. C. A. Resignificação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.23, n.1, p.92-97, 2003.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.56, n.2, p.173-178, 2010.

FILGUEIRAS, M. S. T.; LISBOA, A.V.; MACEDO, R. M.; PAIVA, F. G.; BENFICA, T. M. S.; VASQUES, V.A. Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia*, v.24, n.4, p.551-560, 2007.

GIULIANO, R. C.; SILVA, L. M. S.; OROZIMBO, N. M. Reflexões sobre o "brincar" no trabalho terapêutico com pacientes oncológicos adultos. *Psicologia: Ciência & Profissão*, v.29, n.4, p.870-878, 2009.

LANGARO, F.; PRETTO, Z.; CIRELLI, B. G. Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia Clínica*, v.24, n.2, p.127-143, 2012.

LESHAN, L. O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoa com câncer, seus familiares e profissionais da saúde. São Paulo: Summus, 1992.

LEVENSON, J. L. M. D.; BEMIS, C. M. D. O início e a progressão do câncer. In: STOUDEMIRE, A. *Fatores Psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.89-101, 2000.

LOURENCAO, V. C.; SANTOS JUNIOR, R.; LUIZ, A. M. G. Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v.5, n.2, p.46-53, 2009.

MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.5, p.1226-1232, 2012.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação as estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, v.21, n.3, p.193-202, 2004.

NEME, M. B.; RODRIGUES, O. M. P. *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: Rima, 2003.

PENGA, V. M.; RUMIN, C. R. *Vivências Afetivas e o sofrimento de mulheres histerectomizadas*. *Omnia Saúde*, v.5, n.2, p.01-14, 2008.

QUINTANA, J. F. Mulheres com câncer e o vínculo afetivo com suas mães: compreendendo para trabalhar em psicoterapia. *Revista SBPH*, v.10, n.1, p.127-150, 2007.

ROSSI, L; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.23, n.4, p.33-39, 2003.

RUMIN, C. R.; NASCIMENTO, R. A.; UEMURA, F. A.; CAVALHERO, R.; CARDOZO, W. R. Atenção domiciliar em oncologia: contribuições da Psicologia da Saúde. *Omnia Saúde*, v.4, n.1, p.09-16, 2007.

SANTOS, M. C. L. et al. Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, suppl.3, p.S453-S463, 2009.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, v.13, n.2, p.231-237, 2008.

SOUZA, J. R; ARAUJO, T. C. C. F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, v.27, n.2, p.188 a 190, 2010.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: saberes, práticas e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

STOUDEMIRE, A. *Fatores Psicológicos Afetando Condições Médicas*. Porto alegre: Artes Médicas, 2000.

VASCONCELLOS, E. A; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de Psicologia*, v.24, n.3, p.375-383, 2007.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E. R. M. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. *Revista SPAGESP*, v.6, n.2, p.28-36, 2005

ZECCHIN, R. N. *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.