

Promoção da saúde na doença oncológica: Intervenção de redução do stress baseada no *mindfulness*

Ricardo Teixeira¹ & M. Graça Pereira²

O objectivo deste artigo de revisão é (1) fornecer uma visão geral e uma discussão acerca da meditação *mindfulness* e sua aplicabilidade clínica em oncologia e (2) relatar detalhadamente avaliando criticamente a pesquisa existente e emergente sobre a meditação *mindfulness* como uma intervenção para doentes com cancro. Para além disso, pretende lançar uma hipótese manualizada de um programa de promoção da saúde e de redução do stress, baseado no *mindfulness*, explorando os seus efeitos em termos de variáveis biológicas e psicossociais. Estudos estranhos referem níveis significativos de mudança em itens psicossociais de avaliação, nos diferentes momentos de avaliação, pelo que a intervenção tem relativa sustentação teórica, embora a necessitar de refinamento empírico. Espera-se que a eventual aplicação da intervenção descrita neste artigo permita trabalhar os factores tidos como benéficos para um melhor ajustamento à doença oncológica, aumentando proactivamente a acção do indivíduo doente como interveniente informado do seu processo de adaptação progressiva à doença.

PALAVRAS-CHAVE: Mindfulness; Oncologia; Stress; Intervenção; Estudo teórico.

Introdução

O objectivo deste artigo é o de fazer uma pequena revisão acerca da aplicação dos programas de redução do stress baseados na meditação *mindfulness* em população oncológica. São exploradas as principais estratégias de promoção da saúde, e a sua incidência em termos de qualidade de vida. É feita uma revisão dos principais programas de intervenção em doentes oncológicos, e elaborado um enquadramento do programa de redução do stress baseado no *mindfulness*. É feita uma revisão conceptual e empírica do *mindfulness*, assim como uma breve apresentação da praticabilidade do programa. São ponderadas as possibilidades

¹ Universidade do Minho (ricardojfr@gmail.com)

² Universidade do Minho (gracep@iep.uminho.pt)

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Belanger, H. G., Kretzmer, T., Yoansh-Gantz, R., Pickett, T., & Tupler, L. A. (2009). Cognitive sequelae of blast-related versus other mechanisms of brain trauma. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 1-8.
- Maser, J. D., Norman, S. B., Zisook, S., Everall, E. P., Stein, M. B., Schettler, P. J., & Judd, L.L. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-V. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 24-40.
- Owens, B. D., Kragh, J. F., Wenke, J. C., Macatis, J., Wade, C. E., & Holcomb, J. B. Combat wounds in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. *Journal of Trauma*, 64, 295-299.
- Vasterling, J. J., & Brailey, K. (2005). Neuropsychological findings in adults with PTSD. In J. J. Vasterling & C. R. Brewin (eds.) *Neuropsychology of PTSD* (pp. 178-207). New York, NY: Guilford.

2. A necessidade de intervenções psicossociais na doença oncológica

Para Justo (2002), o aumento da sobrevivência dos doentes oncológicos colocou os técnicos de saúde perante um enorme desafio, a saber: se há cada vez mais sobreviventes das doenças oncológicas, também há mais necessidades de intervenção e mais necessidades de explicação. Segundo o autor, actualmente, assumem especial importância as intervenções que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida em múltiplas frentes. Quanto às necessidades de compreensão, temos o facto de a gestão da qualidade de vida só ser eficaz se conseguirmos compreender o papel que o indivíduo desempenhou no aparecimento e desenvolvimento da sua própria doença. Para isso, é proposto o debate sobre a possibilidade de o funcionamento psicológico contribuir para a etiologia das doenças oncológicas (não como alternativa às etiologias biológicas, mas sim como complemento), assim como é importante reflectir sobre o papel dos aspectos psicológicos no surgimento do cancro e, neste sentido, o papel da intervenção psicológica no aumento da eficácia do combate a esta doença, não como alternativa às intervenções médicas, mas como aliada.

Neste âmbito, nas últimas décadas surgiram intervenções psicossociais que foram elaboradas tendo em vista uma melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos, através de programas terapêuticos diferenciados e focados nos princípios da psicologia da saúde, isto é, encarando o indivíduo numa perspectiva biopsicossocial. Por exemplo, Forester, Kornfeld, Fleiss e Thompson (1993) procuraram estudar os efeitos da terapia de grupo ao nível do stress físico e emocional em doentes com cancro submetidos a radioterapia. O grupo experimental participou na terapia de grupo e era avaliado, antes, durante e no fim do tratamento com radioterapia. Os resultados demonstraram que após algumas semanas depois do término da radioterapia, os sintomas emocionais e físicos tinham sofrido um decréscimo significativamente maior no grupo experimental do que no grupo de controlo. Genericamente, os autores concluíram que a terapia de grupo pode aumentar a qualidade de vida dos doentes durante a radioterapia, e que os doentes oncológicos necessitam partilhar experiências emocionais e sentimentos com outros doentes. Por sua vez, Evans e Connis (1995) realizaram uma investigação com o intuito de avaliar a eficácia de duas terapias de grupo (terapia cognitivo-comportamental e terapia focada no suporte social) em doentes oncológicos deprimidos a receberem tratamento radioactivo. Os autores constataram que embora ambos os grupos terapêuticos tivessem obtido melhorias em relação ao grupo de controlo (sem terapia de grupo), apenas o grupo que teve sessões de suporte social melhorou significativamente. O *follow-up* da investigação revelou igualmente que era este último grupo que apresentava efeitos duradouros, uma vez que os efeitos positivos se mantinham até seis meses depois, produzindo mudanças favoráveis em mais dimensões relativas ao ajustamento.

e contextos de implementação do programa em estudos com populações onco-lógicas em Portugal.

1. Estratégias de promoção da saúde na doença oncológica

As estratégias de promoção da saúde relacionam-se com os estilos de vida (escolhas individuais feitas num contexto social), e podem ter uma poderosa influência nos vectores da saúde. Um desses vectores relaciona-se com o grave flagelo pessoal, familiar e social, que abrange as doenças oncológicas (Gorin, 1998).

Para dar resposta de uma forma eficaz e correcta às reacções psicológicas que vivenciam os doentes oncológicos, é importante seguir uma matriz teórica que seja capaz de situar a variedade e inter-relação de todos os factores em que o doente está imerso. Desde o modelo biopsicossocial da saúde que se considera que, na abordagem de uma doença tão completa como o cancro, não intervem apenas elementos biomédicos, sendo imprescindível ter em conta os factores psicológicos e sociais relacionados com o surgimento e progressão do cancro. Deve ser considerada a multiplicidade de situações clínicas, em termos médicos-psicológicos, à qual se deverão adequar técnicas psicoterapêuticas, incluindo todas elas no facto de que o indivíduo doente não quer estar doente e que sofre dos sintomas da doença (Barreto, Ferrero, & Toledo, 1993). Assim, as estratégias devem basear-se em evidências científicas, derivadas da psico-oncologia, psicologia da saúde, medicina psicossomática e psiconeuroimunologia.

No caso da psico-oncologia (ramo da medicina comportamental e psicologia da saúde), o objectivo principal é o de estudar cientificamente os indivíduos com cancro e preocupar-se com as dimensões psicossociais do doente oncológico (Holland, 1989). Segundo Buela-Casal e Moreno (1999), o foco de interesse actual da psico-oncologia centra-se na investigação acerca dos modos de combate à doença oncológica, os factores influentes e as estratégias psicoterapêuticas para melhorar a qualidade de vida dos doentes. Assim, é relevante para a psicologia que a incidência do cancro, bem como a mortalidade prematura a ele associada, possam ser prevenidas por mudanças de comportamento (Andersen, 1989).

O objectivo fundamental da promoção da saúde na doença oncológica é que as diferentes intervenções psicológicas permitam ao doente manter uma boa qualidade de vida e um bem-estar psicológico. Genericamente, as intervenções que se realizam ao longo do percurso da doença são múltiplas e encaaminham-se para ajudar o doente a enfrentar a angústia do diagnóstico, os efeitos do tratamento, reduzir a ansiedade, a incerteza, o isolamento, a indefesa, e fomentar uma atitude mais participativa na recuperação posterior e clarificar percepções e inferências erróneas (Monedo & Alonso, 2003; Barez, Blaso, & Castro, 2003).

Já Spiegel (1995), ao analisar os dados anteriores, especulou que uma das possibilidades para o grupo de suporte social ter obtido melhores resultados poderia ter a ver com a expressão emocional, tida assim como um efeito terapêutico poderoso, ou seja, a expressão de emoções negativas pode ajudar também a lidar com emoções intensas e desagradáveis. Segundo o mesmo autor, investigações realizadas num laboratório de tratamento psicossocial demonstraram que a supressão emocional é contra produtiva, conduzindo a um maior número de perturbações do humor.

Para Nezu, Nezu, Friedman, Faddis e Houts (1998), um dos problemas mais relevantes que se coloca no combate à doença oncológica está relacionado com os efeitos colaterais dos tratamentos médicos, muitas vezes percebidos pelo doente como piores do que a própria doença. Esta situação pode levar o doente a confrontar-se com conflitos e dúvidas acerca da utilidade, necessidade de dar continuidade ao sofrimento, limitações e interrogações que interferem na adesão e muitas vezes contribuem para a desistência ao tratamento (Justo, 2002).

Apesar dos conhecimentos alcançados acerca dos sintomas negativos e das medidas farmacológicas desenvolvidas no sentido de combater e minimizar os efeitos adversos dos tratamentos médicos nas doenças oncológicas, os resultados esperados ou ideais nem sempre são conseguidos. No que se refere às náuseas e vômitos, dois dos efeitos adversos mais frequentes e incómodos para o doente, apesar dos novos fármacos anti-eméticos permitirem reduzir a toxicidade dos tratamentos (Andrews & Davis, 1993; Bonnetterre *et al.*, 1990, cit. por Pereira & Lopes, 2002), não existe ainda um método eficaz de controlo. São vários os efeitos iatrogénicos nos doentes oncológicos, resultantes quer da doença em si quer dos tratamentos inerentes. No entanto, nem sempre estes efeitos são devidamente diagnosticados. Ao nível da morbilidade psicológica, muitas vezes os problemas não são detectados pelos profissionais de saúde e, segundo os dados de Twycross (1999), cerca de 10% dos pacientes oncológicos têm uma perturbação mental identificável.

No estudo levado a cabo por Evans e Connis (1995), 80% dos sujeitos avaliados encontravam-se no ponto de corte para a depressão clínica indicando que a depressão neste doentes poderá constituir a regra e não a excepção. Ou seja, segundo os autores, o que acontece muitas vezes é que os sintomas depressivos são erroneamente atribuídos ao cancro, não se diagnosticando o estado depressivo. Justifica-se assim a tristeza do doente com o facto do prognóstico ser mau; a ansiedade, pelo medo que este tem de morrer; os problemas de sono, derivados do desconforto físico, e a falta de apetite, consequência do tratamento de qui-

Nem todos os doentes reagem bem ao diagnóstico de cancro, sendo as respostas emocionais mais comuns a ansiedade e a depressão, incluindo a expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta, desesperança, culpa e pensamentos suicidas (Haynal, Pasin, & Archinard, 1998). Estas respostas emocionais muitas das vezes são acompanhadas de sintomas físicos de fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares. Aliás, estudos específicos sobre os níveis de morbilidade psicológica entre os doentes com cancro revelam que a prevalência é muito elevada, desde perturbações da adaptação a outras mais graves (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs, & Carnicke, 1983; Dean & Hapwood, 1989).

McIntyre, Fernandes e Pereira (2002) fazem uma importante revisão das intervenções psicossociais de grupo para doentes oncológicos, respectivas avaliações da eficácia, assim como um resumo das principais conclusões importantes para a psicologia da saúde. Genericamente, englobam: (1) intervenções de cariz cognitivo-comportamental, direccionadas particularmente às disfunções cognitivas e aos comportamentos subsequentes, e que procuram a promoção de estratégias adaptativas de *coping* (Kidman & Edelman, 1997; Telch & Telch, 1986, cit. por McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2002); (2) intervenções psicológicas de suporte psicossocial, cuja ênfase é no diálogo com pares e a partilha de informação, no contexto de um grupo que providencia aos seus membros encorajamento e suporte mútuo nas dificuldades induzidas pela doença (Spiegel, Bloom & Yalom, 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel *et al.*, 1989; Taylor *et al.*, 1985, cit. por McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2002); (3) intervenções psicológicas para a educação do doente, que enfatizam o controlo da informação através do seu acesso facilitado para que o doente possa responder de forma eficiente às alterações e exigências impostas pela doença (Royak-Schaher, Stanton, & Danoff-Burg, 1997; Johnston *et al.*, 1992; Jacobs *et al.*, 1983; Pruitt *et al.*, 1993, cit. por McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2002); (4) e intervenções psicológicas multimodais que, de uma forma geral, incorporam componentes de todas as intervenções anteriores. Exemplos deste tipo de intervenção são os trabalhos de Simonton e Simonton (1975), Worden e Weisman (1984), Cain e colaboradores (1986), assim como os de Fawzy e colaboradores (1990, 1994), citados por McIntyre, Fernandes e Pereira (2002).

Trijsburg, Van Knippenberg e Rijkma (1992) analisaram vários estudos indicativos do impacto positivo das intervenções psicológicas com doentes oncológicos. Os autores referem que a terapia individualizada era particularmente útil para aliviar o *distress* (stress prejudicial), aumentar a auto-estima e estabelecer um sentido de controlo por parte do doente, para além de aliviar problemas físicos e fomentar um aumento das actividades e relações sexuais dos doentes. Para além disso, os autores verificaram que programas terapêuticos estruturados foram altamente eficazes em termos da redução dos níveis de depressão, do *distress* , da ansiedade e duma melhoria do auto-conceito. Finalmente, verificaram também que as