UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO

Andréia Magalhães Espíndola

ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS

Juiz de Fora

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO

Andréia Magalhães Espíndola

ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Andréia Magalhães Espíndola.

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora

2012

Espíndola, Andréia Magalhães.
Estresse, emoções e câncer de mama : relações possíveis / Andréia Magalhães Espíndola. – 2012.
108 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Estresse. 2. Emoções. 3. Depressão. 4. Câncer de mama. I. Título.

CDU 159.91

ANDRÉIA MAGALHÃES ESPINDOLA

ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Andréia Magalhães Espíndola

Dissertação defendida e aprovada em vinte de dezembro de dois mil e doze, pela banca constituída por:

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues
Universidade Federal de Juiz de Fora

Presidente: Profa. Dra. Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Titular: Profa. Dra. Aline Vilhena Lisboa
Universidade Estácio de Sá - UNESA

Dedico esta dissertação a todas as pessoas muito amadas e plenas de sentido na minha caminhada que me ajudaram a transformar afetos:

Clara e Laura, filhas e companheiras queridas, fonte primeira de toda minha inspiração, que souberam lidar de forma tão brilhante e madura com minhas ausências nesse período. Por elas me comprometo a evoluir sempre!

Ao meu pai, Cyro, que sempre me ensinou a ver para além das aparências e a ter uma escuta atenta e sincera para com o sofrimento alheio. Profunda gratidão.

A minha mãe, Minalda, fonte segura de carinho e conforto nos momentos mais difíceis pelos quais percorri nesse processo e ao longo da minha vida. Porto sempre seguro.

A todas as mulheres que se dispuseram a abrir seus corações, me deixando entrar em territórios tão sagrados. Meu agradecimento profundo! Vocês foram grandes mestras.

Ana, Aparecida e Lúcia, integrantes do grupo "Mulheres de Peito" que me ensinaram muito ao longo dessa dissertação com suas histórias de renovação.

A Terezinha de Jesus dos Santos, in memorian, cujo sofrimento eu acompanhei nos corredores do HU e ficará para sempre na minha memória afetiva. Infelizmente, não tive tempo de ouvi-la. Que siga seu caminho em paz!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Antenor Rodrigues, por ter me acolhido e me guiado gentilmente em todo o processo.

Aos professores que em suas aulas foram fontes de inspiração, suscitaram respostas e questionamentos.

Às professoras Juliana Perucchi e Aline Vilhena Lisboa, que aceitaram participar dessa banca, enriquecendo meu caminho com seus olhares, afetos e ideias.

À secretária Nilcimara que sempre esteve disponível para esclarecer minhas dúvidas.

À amiga Renata Carvalho pelo incentivo a fazer o mestrado.

À amiga Adriana Ventura pelo carinho, disponibilidade, leitura atenta e aposta na minha capacidade.

Aos médicos, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e toda equipe do HU e Ascomcer, pelo pronto acolhimento e abertura para troca de conhecimento e enriquecimento.

À minha colega de mestrado, que se transformou em curto espaço de tempo em amiga querida e anjo da guarda Irma Saar. Devo a ela grande parte dessa caminhada.

Às amizades feitas ao longo desses dois anos: Ana D'arc, Natália, Ana Cecília, Priscylla, Sabrina, Olívia, Tadeu e Luciana. Levo vocês especialmente no coração.

À Ana Maria Andrade, Inês Pacífico e Jodemar Porto, pela continência afetiva em momentos cruciais da minha vida.

A todos os colegas do INFA pela torcida e à direção pelo apoio e empolgação com meus projetos.

À Anelise Guedes pela criteriosa leitura e revisão.

À Ana Maria, Mônica Macêdo, Fernanda Pedroso, Anna Paula e Quiquita, in memorian, pela amizade incondicional.

À Maria Ângela Santana pelo carinho e livros emprestados.

À David Jay, que autorizou a divulgação da foto tirada em um projeto belíssimo chamado "The Scar Project".

Que cada mulher reescreva sua história a partir das cicatrizes deixadas!

Uma cortesia de David Jay

"(...) E, aquele
Que não morou nunca em seus próprios abismos
Nem andou em promiscuidade com os seus fantasmas
Não foi marcado. Não será exposto
Às fraquezas, ao desalento, ao amor, ao poema."
(Manoel de Barros)

RESUMO

Os cânceres, ou neoplasias malignas, vêm despontando como uma das principais doenças que acometem a população feminina representando, no Brasil e no mundo, relevante causa de morte entre mulheres adultas. Através da interlocução entre quatro instâncias teóricas (psicossomática, psiconcologia, psiconeuroimunologia e psicanálise) foi desenhado um estudo exploratório cujo objetivo geral era evidenciar a vivência de emoções de medo, luto, depressão na história de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama e a participação dessas emoções como prováveis estressoras psíquicas no desencadeamento da neoplasia. A amostra foi composta por 15 mulheres diagnosticadas com câncer de mama que estiveram em consulta, tratamento quimioterápico e/ou acompanhamento psicológico (grupal) no Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/UFJF) e Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (Ascomcer). Através de estudos de casos verificou-se a existência de situações de vida conturbadas e geradoras de afetos e emoções conflitantes no período em que o câncer de mama foi descoberto, entre elas o medo e o luto não elaborado. Todas as entrevistadas relataram sintomas de estresse e alterações fisiológicas no período em que vivenciavam algum conflito no período investigado, a partir da vivência de emoções. As emoções de medo sob a forma de expectativa temerosa e os processos de luto mal elaborados, muitas vezes acompanhados de tristeza profunda e episódios de depressão, permearam quase todos os relatos o que sugeriu uma forte relação entre essas emoções e o desencadeamento de reações fisiológicas no organismo levando-o ao adoecimento.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Medo. Luto. Depressão. Estresse.

ABSTRACT

Cancers, or malignant neoplasms, have become one of the main diseases that women suffer from, both in Brazil and worldwide and accounts for many deaths among adult women. By means of a four-pronged approach involving psychosomatic medicine, psycho-oncology, psychoneuro-immunology and psycho-analysis, an exploratory study was designed whose general aim was to focus on the role that emotions such as fear, grief and depression play in the life-stories of women diagnosed with breast cancer and the participation of these emotions as probable psychic stress catalysts in the development of neoplasms. The sample was composed of 15 women diagnosed with breast cancer and who received chemiotherapy and/or psychological therapy (in groups) at the Federal University Hospital of Juiz de Fora (HU/UFJF) and Ascomcer (Female Association for the Prevention and Treatment of Cancer in Juiz de Fora). The case studies confirmed the existence of difficult life-situations which resulted in conflicting emotions and affections, including fear and unresolved grief, during the period in which breast cancer was discovered. All the women interviewed reported symptoms of stress and physiological alterations during the period in which they experienced situations of emotional conflict. Fear, in the form of fearful expectations, and unresolved grief, frequently accompanied by deep sadness and episodes of depression, permeated almost all the reports which suggests a strong link between these emotions and the development of physiological reactions leading to illness.

Key words: Breast câncer. Fear. Grief. Depression. Stress.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ascomcer	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BRCA1	Breast cancer 1
BRCA2	Breast cancer 2
CA15-3	Marcador Antígeno Carbohidrato
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
E	Entrevistada
FR	Fase de Resistência
HHA	Hipotálamo-hipófise-adrenal
HU	Hospital Universitário
NK	Natural Killers
PSA	Antígeno Prostático Específico
RA	Reação de Alarme
SI	Sistema Imune
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA 16
2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS NA CONSTITUIÇÃO DO CÂNCER DE MAMA 16
2.1.1. Tipos de câncer de mama 18
2.1.2 Etiologia e fatores de risco 18
2.1.2.1 Fatores internos 19
2.1.2.2. Fatores externos 19
2.1.2.3 Determinantes genéticos 19
2.1.3 Tratamento no câncer de mama 20
2.1.4 Reabilitação do paciente 22
3 OS OLHARES DA PSICONCOLOGIA, PSICOSSOMÁTICA E PSICO NEUROIMUNOLOGIA 24
3.1 PSICONCOLOGIA 24
3.2 A ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA 26
3.3 PSICONEUROIMUNOLOGIA 28
4 O ESTRESSE NO PROCESSO DE ADOECIMENTO 31
4.1 O IMPACTO DO ESTRESSE NO ORGANISMO 35
4.1.1 Sistema neuro-endócrino-imunológico 35
4.1.2 O sistema límbico e as emoções 37
5 AS EMOÇÕES COMO ESTRESSORAS PSÍQUICAS 39
5.1 DEFININDO EMOÇÃO 39
5.2 A EMOÇÃO DO MEDO 41
5.2.1 A primeira teoria de Angst 43
5.2.2 A segunda teoria de Angst 49
5.3 LUTO E DEPRESSÃO NO PROCESSO DE ADOECIMENTO 52
6 MÉTODO 57
6.1 METODOLOGIA DE ESTUDO 58
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA 59
6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS PARTICIPANTES 61
6.4 INSTRUMENTOS 61
6.5 PROCEDIMENTO 61

6.6 ANÁLISE DOS DADOS 63
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO 64
7.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO 65
7.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS 66
7.2.1 Unidades de análise 67
7.2.1.1 Unidade 1 de análise 67
7.2.1.2 Unidade 2 de análise 70
7.2.1.2 Unidade 3 de análise 73
7.3 ENTRELAÇAMENTO DAS EMOÇÕES 78
7.3.1 Estudo de caso E8 78
7.3.2 Estudo de caso E12 81
7.3.3 Estudo de caso E13 84
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 87
REFERÊNCIAS 91
APÊNDICES 97
ANEXOS 106

1 INTRODUÇÃO

Ao se receber uma visita, a primeira coisa é abrir-lhe a porta. Da mesma forma, na exposição é preciso abrir o assunto. [...] Introduzir é convidar
(Boaventura)

O câncer ainda é uma das doenças que, quando anunciada, desperta os fantasmas da morte. Coloca o ser humano de frente para a sua finitude. Às vezes, precocemente... Há poucas décadas, quem recebia a notícia de estar com um câncer era visto como um sujeito portador de uma doença maligna. O nome não era dito, a doença era tida como cruel, vergonhosa, sem nomeação e, quando muito, era chamada de coisa ruim. Dizer do câncer de alguém só era possível através da senha "aquela doença". Muito se caminhou nesse sentido, mas apesar do progresso e da desmistificação de muitos clichês, o câncer ainda amedronta e o nome ainda continua, muitas vezes, impronunciável e "mal"dito.

Conforme bem definiu Sontag (2002), "a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa" (p. 7) que, mais cedo ou mais tarde, cobra de cada indivíduo um olhar para esse lado habitado por fantasmas e indefinições. A autora destacou duas doenças imensamente carregadas de adereços da metáfora: a tuberculose e o câncer. A tuberculose continha a fantasia de uma doença da pobreza e da privação. Tais fantasias, inspiradas outrora pela tuberculose e hoje pelo câncer, constituem reflexos de uma compreensão de que a doença é caprichosa e intratável. Enquanto a etiologia e o tratamento do câncer não se tornarem claros, como se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose, ele ainda será carregado de metáforas.

Se câncer ainda é a palavra que não se pronuncia, muito se tem repetido sobre a responsabilização do sujeito no processo de adoecimento. Entretanto, se responsabilizar não quer dizer levantar a bandeira da autopunição, saindo à procura do vilão que foi "O" causador de todo o mal. Significa, ao contrário, desconstruir um encadeamento cartesiano de causa e efeito que somente culpabiliza e tecer a possibilidade de uma construção única de sentidos do adoecer dentro da trajetória de vida de cada indivíduo.

Nesta construção, uma das primeiras perguntas que as mulheres se fazem ao descobrirem o câncer de mama é: por que comigo? Como encarar uma doença que afeta diretamente uma parte do corpo feminino tão investida de significados e simbolismos?

Conforme Rzeznik e Dall'Agnol (2000) o anúncio do diagnóstico invade o corpo e o psiquismo das mulheres desequilibrando-os. Em contrapartida, mobilizam toda uma força interior em busca do autoconhecimento, onde avaliam suas posturas frente a determinadas situações que a vida lhes apresenta, resgatam alguns valores e princípios que, por muitas vezes, ao longo de suas caminhadas pelo mundo mantiveram-se esquecidos em função de interesses pessoais que nortearam as suas trajetórias de vida.

Estas questões relativas à pergunta, muitas vezes cruel, "o que eu fiz para merecer um câncer?" ecoaram também na comunidade científica que vem se dedicando a estudos que expressam um interesse crescente pelos aspectos psicológicos no câncer de mama, nas últimas décadas. Mello Filho e Burd (2010) apontam para a existência de relações entre os "modos de ser" da pessoa e a emergência da doença oncológica, o que abre portas para um entendimento mais aprofundado sobre as implicações psíquicas associadas à eclosão de doenças somáticas.

Essa abordagem que enfatiza a importância dos aspectos psicoemocionais no desenvolvimento do câncer não é aceita, no entanto, por todos que militam na área. Isso se dá, segundo se acredita, principalmente por uma tradição materialista que ainda hoje determina os rumos de uma parcela maciça das pesquisas em medicina. Minayo (2008), por exemplo, salienta que é preciso transcender a ideologia que fundamentou a medicina ocidental de que as doenças são apenas entidades biológicas. A autora defende o avanço científico propiciado pela bacteriologia como tendo sido de grande importância para a humanidade, mas introduz a necessidade de se considerar os fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção de saúde, ao invés de se reduzir esses fenômenos a entidades ou processos biológicos apenas.

Ao entrevistar uma merendeira de 66 anos em estágio final de um câncer inoperável, a repórter Eliane Brum (2008) escreveu que o que nos torna humanos não é o polegar opositor, mas nossa capacidade de contar a vida. E é essa construção subjetiva, pessoal, narrada na história de cada mulher que se vê com câncer de mama que será priorizada aqui. Nestas narrativas serão buscadas as situações de vida que estavam sendo experimentadas por elas no período de doze meses anterior ao diagnóstico do câncer de mama. Dentro deste recorte temporal será investigada a ocorrência de emoções relacionadas ao medo, luto mal elaborado e depressão e se tais emoções contribuíram como estressoras psíquicas no processo de desencadeamento da doença.

O desejo em se aprofundar no tema câncer de mama nasceu da escuta clínica de algumas mulheres que traziam em sua história um corpo adoecido pelo câncer e cuja narrativa continha vivências que, de alguma forma, remetiam a sentimentos diversos e intensos, como

um luto mal elaborado e estados depressivos que se entrelaçavam com o desenvolvimento do câncer. Tal desejo, aliado às contribuições de Rodrigues (2008), que em sua tese de doutoramento discorre sobre a teoria de *Angst*[1] elaborada por Sigmund Freud, expondo a relevância do afeto de medo como provável estressor psíquico no desencadeamento de doenças psicossomáticas, foram as fontes inspiradoras deste trabalho.

Como será abordado adiante, muitas doenças têm suas etiologias relacionadas ao desencadeamento de um processo fisiopatológico acionado pelo estresse que pode ocorrer em razão de diversos estímulos, sejam de origem física, química ou psíquica. O estresse de origem psíquica, conhecido como estresse emocional, relaciona-se com as emoções que podem funcionar como um gatilho psíquico desencadeador deste. Situações avessas na vida, circunstâncias que se impõem e desafiam o indivíduo a responder subjetivamente diante de fatos como a morte de um ente querido, a perda de um emprego, entre outras, podem representar importantes fatores provocadores de estresse emocional. O estresse emocional como gatilho desencadeador do câncer de mama será, portanto, o foco deste estudo.

Como o câncer é uma doença atrelada a vários fatores de risco e dependente de uma etiologia multifatorial como alertam Mello Filho & Burd (2010), não se pode dizer de uma causa somente e é sempre fundamental se investigar os vários fatores que corroboraram para o surgimento da neoplasia, tomando-se o devido cuidado de não fazer uma associação direta e reducionista.

O que se pretende neste estudo é compreender a complexidade do câncer de mama em relação às emoções supracitadas e ao estresse, tendo como base teórica de apoio para compreensão dos fenômenos a interlocução entre a psicanálise, a psicossomática, a psiconcologia e a psiconeuroimunologia.

Sendo assim, levando-se em consideração o papel inegável das emoções no desencadeamento de doenças e, mais especificamente, no câncer de mama, o objetivo geral proposto por esta pesquisa é o de evidenciar a vivência de emoções de medo, luto, depressão na história de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama e a participação dessas emoções como prováveis estressoras psíquicas do desencadeamento da neoplasia; e os objetivos específicos são:

- Compreender alguns dos fatores etiológicos do câncer de mama;

[1] De acordo com Hanns (2006) o termo *Angst* (literalmente significa medo) é traduzido para o português como "ansiedade" (seguindo a vertente da tradução inglesa *anxiety*) ou como "angústia" (de acordo com a tendência francesa, *angoisse*). A) Em alemão *Angst* significa "medo", abarcando desde os sentidos de "temor" e "receio" até os sentidos intensos de "pânico" e "pavor". B) Angst pode referir-se a objetos específicos ou inespecíficos. C) Sendo uma reação intensa, *Angst* evoca algo que se externaliza claramente (expressão facial, suor,voz, etc) e desencadeia uma ação (de ataque ou fuga), ou, mais raramente, algo que causa tanto pavor que paraliza o sujeito.

- Aprofundar nas contribuições da psicossomática, psicanálise, psiconcologia e psiconeuroimunologia para uma maior compreensão do câncer de mama;
- Verificar a ocorrência ou não de emoções de medo (sob a forma de expectativa temerosa, ataques de pânico e/ou fobia) no período de doze meses anterior ao diagnóstico do câncer de mama e a existência de algum indício de influência dessas vivências no desenvolvimento da doença;
- Verificar a ocorrência ou não da vivência de lutos não elaborados e depressão no período de doze meses anterior ao diagnóstico do câncer de mama e a existência de algum indício de influência dessas vivências no desenvolvimento da doença.
- Identificar, no caso de ocorrência das emoções de medo, luto e depressão, a participação delas como prováveis estressoras psíquicas no desenvolvimento do câncer de mama.

A relevância do estudo proposto justifica-se pela necessidade de se aprofundar as pesquisas com relação aos aspectos emocionais do câncer de mama e seus correlatos com o estresse. Além disso, introduz-se um diálogo da psicanálise com outras instâncias teóricas, como a psiconeuroimunologia, abrindo caminho para novos olhares interdisciplinares. A compreensão mais aprofundada deste tema fornece subsídios para a elaboração de estratégias de intervenção na comunidade, clínicas e hospitais em níveis primários e secundários como a promoção de grupos de autoconhecimento e palestras informativas na prevenção primária, além da elaboração de grupos de apoio, que possibilitem às mulheres uma resignificação da doença e reestruturação da vida através de um melhor conhecimento de suas emoções. Como resultado de tais intervenções, espera-se contribuir para a formação de sujeitos mais conhecedores de si mesmos e com menores probabilidades de recidivas, uma vez que aprofundam em suas emoções e histórias de vida e, dessa forma, fortalecem seu sistema imunológico.

A estrutura da dissertação percorrerá os seguintes caminhos:

Nesta introdução iniciou-se a caminhada com um breve histórico sobre o significado simbólico e metafórico do câncer; as reflexões sobre as experiências profissionais que motivaram este estudo; as inquietações e questionamentos sobre as emoções e seu envolvimento no processo de adoecimento pelo câncer de mama e suas relações com o estresse; definição dos objetivos, justificativa da realização da pesquisa sobre este tema; a explicitação da sua relevância social e a apresentação das teorias e alguns autores que formarão a base teórica e serão aprofundados nos capítulos subsequentes.

O capítulo 2 versa sobre a caracterização do câncer de mama sendo dividido em quatro subitens que tratarão, respectivamente, dos aspectos biológicos do câncer de mama; da explicitação dos tipos de câncer de mama; da etiologia e fatores de risco e do tratamento e da reabilitação da paciente, citando autores clássicos e contemporâneos que contemplam o tema.

O capítulo 3 objetiva introduzir uma interlocução entre a psicossomática, a psiconcologia e a psiconeuroimunologia, que são instâncias que apresentam seus olhares na compreensão da saúde humana e seus processos de adoecimento. A psicossomática e a psiconcologia são abordadas, principalmente, por autores brasileiros como, Carvalho, Castiel, Gimenes, Mello Filho, Perestrello, Rodrigues, Veit e Carvalho e a psiconeuroimunologia pelos autores contemporâneos Vasconcellos e Moreira.

No capítulo 4 são abordados os agentes estressores no câncer de mama, tendo como teóricos principais, Seyle, que foi o precursor dos estudos de estresse e Castiel, uma referência nacional no assunto. Aqui, aprofunda-se no estudo do estresse e seu impacto no organismo, relacionando todo o desequilíbrio na saúde causado por estressores orgânicos e psíquicos.

O capítulo 5 apresenta as emoções em questão como estressoras psíquicas. O medo, que é abordado através da teoria freudiana de *Angst* em seus dois momentos históricos, finalizando no luto e depressão no processo de adoecimento que são descritos, principalmente, por Sigmund Freud em "*Luto e Melancolia*" e Bowlby.

O capítulo 6 contém o método de investigação adotado, que foi elaborado a partir dos Estudos de Casos Múltiplos inspirados na metodologia proposta por Yin.

No capítulo 7, são apresentados a análise e discussão dos resultados obtidos, por meio das unidades de análise e aprofundamento em três casos específicos. Tal construção será feita através da conexão do aporte teórico com o conteúdo extraído das entrevistas no campo.

Finalmente, no capítulo 8 chega-se à conclusão do percurso, onde as articulações possíveis entre as emoções de medo, luto e depressão como estressoras psíquicas e o desencadeamento do câncer de mama são estabelecidas e os olhares da pesquisadora sobre todo o processo percorrido na construção da tese são expostos.

Este é o roteiro que se apresenta para a caminhada dessa pesquisa. Que ela possa colaborar, de alguma forma, para abertura de novos olhares e ser fonte de inspiração para novos trabalhos e intervenções futuras. O convite está feito!

2 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

“Pra quem enfrenta câncer, você tem primeiro que ter Deus na vida.
Segundo, sua cabeça pra você reagir.
Terceiro, família e medicina pra te ajudar.” (E7)

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS NA CONSTITUIÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma doença invasiva que se caracteriza fundamentalmente pelo crescimento desordenado de células comprometendo órgãos e tecidos (Ministério da Saúde [MS], 1998). As células de um organismo são organizadas em tecidos que compõem os órgãos, sendo a renovação celular uma constante, no processo de morte celular e, consequente, substituição das mesmas. Quando há uma falha nesse sistema altamente organizado, gerando um acúmulo desordenado de células, há a formação de um tumor gerador de sinais e sintomas próprios do câncer. A célula neoplásica utiliza processos bioquímicos normais, mas de forma desregulada e em momentos inoportunos, levando à proliferação celular descontrolada e aos demais processos envolvidos na carcinogênese. Quanto à natureza do tumor, este pode ser benigno ou maligno. Os tumores benignos têm o crescimento lento, são bem delimitados, bastante diferenciados, se assemelhando muito às células normais do tecido originário. Este tipo de tumor não dá origem às metástases. Já o tumor maligno, contém células imaturas, indiferenciadas, atípicas, que pouco se assemelham ao tecido original. Seu crescimento acontece de forma irregular, infiltrando-se rapidamente no tecido, podendo alastrar-se para outros órgãos, dando origem as metástases (Del Giglio, 1999).

O tumor maligno de mama apresenta como principais sintomas constitucionais a tumefação, caroço ou nódulo. No início do processo o tumor é móvel, isolado e indolor. À medida que a neoplasia evolui sobrevêm à fixação do tumor e a retração da pele ou do mamilo, podendo aparecer ulcerações, eritema, dor e adenopatia axilar (Rubin, 1977). As massas mamárias são detectáveis em 90% dos casos e constituem o sinal mais comum na história ou exame físico das mulheres portadoras da doença. Em alguns casos, como um segundo sinal mais comum no câncer de mama, há secreção mamilar espontânea através do ducto mamário. Tal secreção está presente em 3% das mulheres (Haskell, Lowitz & Casciato, 1991).

A distinção dos tumores vai depender do tecido originário e do tipo do arranjo microscópico das células. Sendo assim, os tumores podem se originar de tecidos mesenquimais (tecidos conjuntivos, músculos, ossos, cartilagens, vasos sanguíneos, sangue e linfonodos) e também de tecidos epiteliais, provenientes da endoderme ou ectoderme do embrião, que são o epitélio do pulmão, trato gastrointestinal, urinário, algumas células do sistema nervoso e a pele. Quando a origem é mesenquimal e o tumor é benigno, recebe o sufixo “oma” e quando é maligno o sufixo “sarcoma”. Exemplo: quando se origina do tecido fibroso e é benigno recebe a nomenclatura de Fibroma e quando maligno, Fibrossarcorma. Quando originário do tecido epitelial, a nomenclatura vai depender do arranjo microscópico das células, da origem do tumor e da sua aparência visual. Portanto, se a origem for a pele, em caso de benigno nomeia-se Papiloma e em caso maligno Carcinoma epidermoide ou basocelular. Nesse caso, apesar do sufixo “oma” são tumores malignos (Del Giglio, 1999).

A evolução do câncer varia de pessoa para pessoa, uma vez que o comportamento biológico dos tumores é heterogêneo. Alguns tumores, quando descobertos, já estão disseminados pelo corpo, ao passo que em outros casos, o avanço é lento, mesmo sem a utilização de qualquer terapêutica. Oitenta por cento dos cânceres se manifestam como um tumor indolor. Apenas dez por cento das pacientes queixam-se de dor, sem a percepção do tumor. Os tumores que se espalham em outros órgãos, além do originário, são chamados de metástases. Para que haja um processo metástico é necessário que as células tumorais originadas em um determinado órgão ou tecido migrem para outro local e disseminem o tumor. A doença pode ser descoberta de várias maneiras e em vários estágios, pela própria paciente ou pelo médico. Nos casos da doença em um estágio mais avançado, verifica-se a existência de sintomas como perda de peso, sudorese noturna e febre intermitente, devido a liberação de substâncias químicas como as citocinas e caquectina. Portanto, o estadiamento (grau de progressão do tumor), assim como o tipo histológico do câncer são fatores determinantes no processo da doença, assim como no estabelecimento do prognóstico e tratamento. O estadiamento é fundamental para saber que se trata de um tumor inicial ou um tumor em estado avançado. Os marcadores tumorais, isto é, substâncias eliminadas pelo tumor servem para acompanhar a progressão do mesmo. No caso do câncer de mama, o marcador antígeno carbohidrato 15-3 (CA15-3), quando elevado, é um indicativo da doença. Outro exemplo conhecido é o antígeno prostático específico (PSA) medido em exames de sangue, que quando alto é indicativo de câncer de próstata (Savlov, 1977).

2.1.1. Tipos de câncer de mama

O câncer de mama pode apresentar diferentes tipos de manifestações de tumor:

- *Carcinoma Ductal in Situ* - é aquele que não invadiu a membrana basal e, portanto, não tem capacidade de enviar êmbolos para o sistema vascular. Constitui-se como um tumor quase sempre descoberto em fase subclínica por meio de mamografia, quando se percebem microcalcificações. Seu tratamento atinge um índice de curabilidade próximo de 100%.
- *Sarcoma* – origina-se do tecido conjuntivo que existe nos septos do tecido glandular. São raros e disseminam-se pela corrente sanguínea. Pode crescer rapidamente e atingir volumes locais sem ulcerações.
- *Carcinoma de Paget* – é uma lesão especial que frequentemente se manifesta como dermatite eczematoide unilateral da papila mamária.
- *Carcinoma Inflamatório* – é uma forma de tumor que se caracteriza pelo comprometimento difuso da mama, que adquire forma de inflamação. Clinicamente, a pele apresenta calor, rubor e edema, lembrando a casca de uma laranja. Trata-se de um tumor agressivo, fundamentalmente tratado pela quimioterapia (Ministério da Saúde [MS], 2001).

2.1.2 Etiologia e fatores de risco

O câncer de mama, assim como as demais neoplasias malignas, possui uma etiologia multifatorial, sendo difícil identificar um único fator que seja o causador ou desencadeador da doença.

O Ministério da Saúde (MS, 2001) preconiza os seguintes fatores de risco relacionados à referida doença:

2.1.2.1 Fatores internos

- *Histórico familiar* – entre os vários aspectos relacionados ao risco de se desenvolver a doença, o fator familiar é o mais aceito pela ciência. Mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama, têm mais chances de desenvolver a doença e se ambas, mãe e irmã, tiverem o câncer, o risco é maior ainda, especialmente se o diagnóstico tiver sido feito em uma idade precoce.
- *Fatores reprodutivos e hormonais* – as características reprodutivas associadas a um maior risco de câncer de mama são: menarca precoce (menstruação antes dos 11 anos de idade); menopausa tardia (após os 55 anos de idade); nuliparidade (nenhuma gestação); primeiro parto após 30 anos de idade. O papel da lactação, da pílula anticoncepcional e do uso de reposição hormonal, ainda não foi claramente estabelecido, nem para o aumento nem para a diminuição do risco da doença.

2.1.2.2. Fatores externos

- *Exposição prévia à radiação ionizante* – a extensão do risco é diretamente proporcional a idade da mulher na época da radiação, isto é, quanto maior a dose de radiação e menor a idade, maior o risco de desenvolvimento da doença.
- *Relacionados ao estilo de vida* – refere-se à ingestão elevada de alimentos ricos em gordura animal, ao sedentarismo, ao tabagismo e ao alcoolismo.

2.1.2.3 Determinantes genéticos

As mutações nos genes BRCA1 (*breast cancer 1*) ou BRCA2 (*breast cancer 2*) são consideradas importantes condições associadas, apesar de estudos recentes (Thuler, 2003) apontarem para o fato de que as mutações em si, não desenvolveriam um nódulo maligno, mas sim, potencializariam a sensibilidade aos fatores de risco citados.

2.1.3 Tratamento no câncer de mama

O sucesso no tratamento do câncer de mama está aliado ao plano terapêutico que é traçado a partir do conhecimento da história natural da doença, assim como as condições tumorais e a individualidade do doente. As modalidades terapêuticas para o tratamento são escolhidas conforme o estadiamento da doença, sendo as mais comuns a hormonoterapia, a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. Tais modalidades podem ser integradas e, em determinadas circunstâncias, elevam a chance de conservação do órgão envolvido (Del Giglio, 1999).

Na busca de um regime terapêutico mais apropriado para pacientes com câncer de mama avançado, o oncologista deve pesar os benefícios alcançados pela terapêutica na diminuição dos sintomas da doença versus sintomas causados pelo tratamento. Por sua baixa toxicidade, o tratamento hormonal, sempre que possível, deve ser considerado inicialmente. Alterações no meio hormonal da mulher parecem ter associações com a etiologia da doença, sendo os eventos endócrinos, como a menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada da primeira gestação, fatores de risco constitutivos para o câncer de mama. Na abordagem do câncer de mama avançado, a hormonoterapia ocupa um lugar de destaque por intermédio de terapias aditivas, como estrogênios, progestagênios, androgênios e corticoesteroides ou usando métodos que envolvem a ablação hormonal, como ooforectomia, adrenalectomia e outros. No entanto, apesar desses procedimentos disponíveis, os mecanismos de ação da hormonoterapia em câncer e em outras doenças da mama ainda são pouco conhecidos (Caleffi, 1991).

Nos casos de doença rapidamente evolutiva, com comprometimento de órgãos vitais, disseminação metástica extensa ou na presença de tumores hormonorresistentes, o tratamento quimioterápico deve ser considerado como uma terapêutica inicial (Lago, 1991).

Existem várias drogas capazes de produzir respostas objetivas no câncer de mama avançado. A quimioterapia tem como princípio básico a seletividade de drogas ativas que ao serem ministradas, elevam o índice de respostas objetivas desta doença. Ao ser administrada, a droga é metabolizada e ataca o tumor; o resto é eliminado pelo organismo. Toda forma de tratamento apresenta alguns sintomas colaterais. Por ser muito tóxica ao organismo, pode causar náuseas e vômitos e alguns pacientes, devido à fragilidade emocional, tendem a ter esses sintomas, antes mesmo da aplicação da quimioterapia. A forma mais perigosa de toxicidade é a mielossupressão, que consiste na depressão da formação de novas células

sanguíneas pela medula óssea. Tal reação provoca a leucopenia, que é a diminuição temporária dos leucócitos; a anemia, que é a diminuição das hemácias e a trombocitopenia, que é a diminuição das plaquetas. Há também toxicidade cardíaca e genitourinária. Na cardíaca, pode ocorrer miocardiopatia com dilatação do coração e um quadro clínico de insuficiência cardíaca, acompanhado de falta de ar e inchaço. Na toxicidade genitourinária, pode levar à esterilidade, sangramento pela urina, lesões renais, supressão dos ciclos menstruais (MS, 2001).

A radioterapia, na maioria das vezes, é associada a outros tipos de tratamento, como a quimioterapia e a cirurgia. Consiste na aplicação da radiação (elétrons acelerados ou raios gama) no local do tumor, tendo como objetivo básico bloquear a divisão de células carcinomatosas. A duração e a frequência do tratamento são definidas em função do tumor, da dose a ser administrada para destruí-lo e da potência da máquina. Durante a radioterapia, a mulher estabelece uma rotina e a vida vai se organizando em torno das consultas semanais ou mensais. Como efeito colateral, há o aparecimento de queimadura na pele onde foi aplicada, a radioepidermite, além de anorexia, náusea, fadiga (MS, 2001).

As técnicas cirúrgicas promovem a retirada do nódulo, sendo a modalidade terapêutica mais eficiente para a maioria dos casos de câncer de mama. Podem ser resumidas da seguinte maneira: *Radicais*: clássica (Halsted); modificadas (Pattey, Madden), simples (total); *Conservadoras*: tumorectomias e quadrantectomias.

A mastectomia radical clássica consiste na remoção, em monobloco, dos dois músculos peitorais e do conteúdo axilar. Por produzir considerável mutilação está em progressivo desuso, reservando-se apenas para casos de tumores volumosos, fixos ao grande peitoral. Com o advento da quimioterapia neoadjuvante, que visa a redução pré-operatória das grandes massas tumorais, a operação *Halsted* talvez esteja fadada ao abandono definitivo. A mastectomia radical modificada consiste na remoção da mama e do conteúdo axilar, em monobloco, com preservação do grande peitoral. Existem duas variantes: a técnica de *Pattey*, que preconiza a remoção do pequeno peitoral e a de *Madden*, que o conserva. A mastectomia tipo *Pattey*, seguramente, é o procedimento cirúrgico mais utilizado, universalmente, para abordagem primária do carcinoma de mama. Já a mastectomia simples (total), consiste na retirada exclusiva da mama, preservando os peitorais e a cadeia linfática axilar (Menke & Biazus,1991).

As cirurgias conservadoras abandonaram o conceito halstediano de retirada em monobloco da mama, da musculatura peitoral e do conteúdo axilar, substituindo-os pela certeza de que se pode alcançar, nos estádios iniciais, o mesmo controle local e sobrevida com

a preservação da mama ou de parte dela. As cirurgias conservadoras devem, obrigatoriamente, ser complementadas pela radioterapia, uma vez que sua não realização indica uma recidiva local acima de 30%, quando o aceitável é de menos de 10%. As técnicas conservadoras são muito variadas, de acordo com as diferentes escolas, mas podem ser agrupadas em duas principais correntes: Tumorectomias, onde se remove o tumor com margens livres, sem a pele que o recobre; e as Quadrantectomias, também chamadas de setorectomias, segmentectomias ou mastectomias parcias, que consistem numa retirada mais ampla da lesão e sempre concluindo um retalho de pele. Qualquer que seja a técnica empregada, no entanto, ela é sempre seguida de um esvaziamento axilar completo (Menke & Biazus, 1991).

2.1.4 Reabilitação do paciente

A toda paciente submetida a uma cirurgia radical deve ser oferecida a oportunidade da reconstrução mamária, com o objetivo de devolver-lhe a silhueta natural, restabelecendo-lhe o equilíbrio e, assim, reestruturação da imagem corporal deformada. A decisão de realizar a cirurgia, que são disponibilizadas em várias técnicas, é da exclusiva competência da paciente e não do médico. Cada caso deve ser planejado individualmente, havendo o emprego de duas técnicas basicamente: reconstrução imediata, onde se introduz uma prótese de silicone subpeitoral e se reimplanta o complexo auréolo papilar sempre que possível e a reconstrução tardia, onde se utiliza um expansor de pele, seguido de inclusão da prótese de silicone subpeitoral (Menke & Biazus, 1991).

Tais reconstruções auxiliam na trajetória de reconstrução de uma imagem corporal, que não é mais a mesma de antes da cirurgia, pois, de acordo com Mamede (1991) a reabilitação deve ir para além dos aspectos físicos e contemplar a integralidade da mulher.

Sinais de parestesias no braço, fibroses na axila, prejuízo na mobilidade do ombro e linfedema (geralmente discreto) são frequentes e merecem cuidado fisioterapêutico.

Além do acima exposto, é fato, pois, que as mulheres que sofreram tratamento de câncer de mama, em algum grau e por certo tempo, padecem quase sempre de dificuldades psicológicas e sociais, o que repercute diretamente no seu bem-estar e na qualidade de vida (Barros, 2008).

Dessa forma, o programa de reabilitação deve incluir um trabalho multidisciplinar que se firma como indispensável para atender a todas as novas necessidades das mulheres

acometidas pelo câncer de mama, como por exemplo, dieta equilibrada, prática de exercícios posturais, dinâmicos e globais, além de suporte social e assistência psicológica.

3 OS OLHARES DA PSICONCOLOGIA, PSICOSSOMÁTICA E PSICO NEUROIMUNOLOGIA

"Em tudo, se o rosto é igual, a fisionomia é diferente"
(Machado de Assis)

3.1 PSICONCOLOGIA

Os primeiros estudos voltados ao esclarecimento de possíveis fatores psicológicos do câncer de mama se iniciaram há bastante tempo. A relação entre estado psicológico e susceptibilidade a certas doenças é citada desde a Antiguidade. Galeno, médico grego, afirmou que mulheres "melancólicas" poderiam ser mais susceptíveis ao câncer de mama do que as mulheres "sanguíneas", isto é, mais bem dispostas e animadas (Castiel, 1994).

Alguns estudos (Straub, 2005) eram baseados em observações clínicas e defendiam que a maioria dos tumores era causada pela depressão e angústia. À medida que os avanços da ciência tornaram possível a identificação da multicausalidade do câncer, foi-se percebendo que aspectos psicossociais também estavam envolvidos na incidência, evolução e remissão do câncer, o que fez com que muitos médicos passassem a se preocupar com tais aspectos presentes no adoecimento pelo câncer. A partir daí, tornou-se necessário desenvolver técnicas de abordagem psicológica na área da saúde, o que levou a psicologia a desenvolver um corpo de conhecimentos específicos, que abrangesse compreensão do paciente oncológico, técnicas de intervenção específicas, focadas na melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Veit & Carvalho, 2008).

Como consequência dessa necessidade de se construir um corpo teórico mais consistente capaz de compreender as especificidades do câncer e seus correlatos emocionais, foi surgindo uma subespecialidade que alguns autores julgaram pertencer à oncologia e outros à psicologia. Assim, em 1961, na Argentina, José Schavélson, um cirurgião oncológico e posterior psicanalista, propôs o termo psiconcologia, afirmando ser este um ramo da medicina que se ocupa da assistência ao paciente com câncer, do seu contexto familiar e social, assim como dos aspectos médico-administrativos presentes na vida do paciente (Veit & Carvalho, 2008). Outras definições da psiconcologia existem e refletem a formação profissional e o referencial teórico dos estudiosos que as sugerem.

Nos Estados Unidos, a doutora Jimmy Holland, médica psiquiatra e fundadora da Associação Internacional de Psiconcologia (Ipos – *International Psychoncology Society*) propôs uma definição da psiconcologia como uma subespecialidade da oncologia que procura ressaltar duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico de câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos com seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência do câncer (Holland, 1998).

Já em Barcelona, Ramón Bayés, psicólogo e pesquisador do referencial comportamental, usa o termo Psicologia Oncológica, pois acredita que esta constitui um ramo especializado da Medicina Comportamental (Veit & Carvalho, 2008).

Aqui no Brasil, embora não haja ainda uma definição formal para a área, a partir da realização do I Encontro Brasileiro de Psiconcologia, presidido pelo doutor Luiz Pedro Pizzato, em Curitiba (1989) e do II Encontro Brasileiro, presidido por Maria da Glória Gimenes em Brasília (1992), foram elaboradas tentativas, de forma sistematizada, de se delinear o campo de estudo e intervenção da psiconcologia.

Maria da Glória Gimenes, propõe a seguinte definição:

> A Psiconcologia representa a área de interface entre Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:
> 1º) Na assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;
> 2º) na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevida após o diagnóstico do câncer;
> 3º) na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente (físico e psicológico), enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais de Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (Gimenes, 2003, p. 46-47).

Hoje em dia, a Psiconcologia, é uma área emergente que dá destaque à identificação do papel dos aspectos psicossociais, tanto na etiologia quanto no desenvolvimento da doença. Além disso, realça a identificação de fatores de natureza psicossocial envolvidos na prevenção e reabilitação do paciente, bem como incentiva a sistematização de um corpo de conhecimento que possa fornecer subsídios tanto para a assistência integral do paciente oncológico e de sua família quanto para a formação de profissionais de Saúde envolvidos com o tratamento (Carvalho, 2003).

Pode-se dizer que o progressivo avanço dessa área, deixa transparecer uma nova atitude em relação ao câncer. Aos poucos, a doença, ora tratada como um estigma ou sentença de morte, além de ter sido usada como metáfora de comportamentos e condições sociais que significavam destruição e desintegração moral ou social como expôs Susan Sontag (2002) em seu livro "*A Doença como Metáfora*", assume lugar diferenciado e pode ser vista com um novo olhar. Seguramente, a linguagem usada sobre o câncer também tem evoluído cada vez mais e os conceitos começaram a mudar em certos círculos médicos, nos quais os pesquisadores estão se concentrando em um rápido desenvolvimento das reações imunológicas do corpo diante do câncer.

3.2 A ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA

A doença sempre anuncia algo a respeito de nós mesmos. Um corpo que adoece carrega em si histórias sobre um estilo de vida, uma herança genética, os sentimentos e as emoções. Não se adoece do nada. Toda doença é um processo, que pode ser deflagrado por agentes variados de origem externa e/ou interna. Como bem expôs Perestrello (1989) "a doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas." (p. 71).

A tentativa de compreender o complexo entrelaçamento entre mente e manifestações corporais data de tempos remotos. Os filósofos gregos já procuravam explicar as relações corpo/alma. No campo da medicina, Hipócrates foi quem descreveu, pela primeira vez, o fenômeno atualmente chamado de alternância psicossomática onde, por exemplo, os estados maníacos podem ceder com a eclosão de varizes ou hemorroidas (Mello Filho, 1994).

O avanço da medicina psicossomática se deu com Franz Alexander que, com base nas concepções de Cannon, postulou em 1940 que os denominados distúrbios neurovegetativos seriam respostas-padrão a situações de conflitos internos, ou seja, haveria uma manifestação específica para cada tipo de conflito. Dessa forma, ele descreveu as mesmas combinações de situações conflitivas básicas na patogênese da úlcera, do diabetes, do hipertireoidismo, da asma brônquica, etc. Segundo Castiel (1994), essa teoria é contemporânea e similar à dos perfis psicossomáticos de Dunbar, onde cada doença teria seu correlato com um perfil psicológico, que foi construído com base nas experiências infantis

primordiais. Prioriza-se a partir dessa época, então, a dimensão simbólica da patologia do homem. Tal concepção impõe o conhecimento dos aspectos psicossociais do doente.

Dentre os vários conceitos advindos da pesquisa psicossomática, um dos primeiros foi o de psicogenicidade, entendida como o estudo da gênese de sintomas ou doenças a partir de causas psíquicas, seguido do conceito de somatização, que é a indução de um processo somático a partir de influências mentais. Mello Filho (1994) defende o desenvolvimento da pesquisa psicossomática orientada no sentido de pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença, uma vez que a importância da mente nos processos biológicos é relevante.

No entanto, o próprio autor relata a existência de críticas com relação à expressão "psicossomática", sob acusação de conter implicitamente uma única direção: da psique para o soma e de não abranger a totalidade dos fenômenos que influenciam o homem na saúde e na doença: sociais, culturais, etc. Também, porque já perpetua em si a divisão mente-corpo (Mello Filho, 1994).

Atualmente, a tendência é abandonar os conceitos de psicogênese ou somatogênese e entender o fenômeno doença de forma sempre global, gestáltica e em função da pessoa que a apresenta. Segundo Mello Filho (1994) a medicina psicossomática é mais uma atitude e um campo de pesquisa e não uma especialidade médica. Este autor defende a ideia de que toda doença humana é psicossomática, uma vez que incide num ser provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente (Mello Filho, 1994).

De acordo com Perestrello (1989) as doenças são antropogênicas e se deve buscar no próprio homem os motivos de seu adoecer, já que é ele mesmo quem as "faz". Sugere, dessa forma, que abandonemos o termo psicogênico que se tornou obsoleto e um entrave para a compreensão da medicina da pessoa. Segundo este autor, admitir haver doenças "psicogênicas" e "somatogênicas" seria voltar ao tempo de Descartes. Do mesmo modo, não se pode falar de certas doenças psicossomáticas, pois o homem é um todo psicossomático e todas as doenças são psicossomáticas. Conforme Dejours (1991), não é a doença que é psicossomática e, sim, a abordagem clínica e teórica.

Portanto, a expressão psicossomática ora usada para referir-se apenas a certas doenças, como a úlcera péptica, asma brônquica, hipertensão arterial e a colite ulcerativa, onde as correlações psicofísicas eram muito nítidas tem se expandido para uma compreensão pretensamente mais holística e integral do ser humano. Deste modo, vias de integração corpo-mente são construídas com intenção de ir além das perspectivas biomédicas convencionais e têm se fundamentado em pontos de vista neuroendocrinológico e psicoimunológico, onde se

procura correlacionar variáveis ditas psicossociais com deficiências nos padrões imunológicos de grupos de indivíduos (Castiel, 1994). Este florescente campo de pesquisa anuncia o anseio de ir além das perspectivas biomédicas convencionais e aprofundar nas influências do pensamento, sentimentos e emoções na atividade imune e, consequentemente, na saúde e na doença.

3.3 PSICONEUROIMUNOLOGIA

A psiconeuroimunologia apresenta-se como uma abordagem relativamente jovem, propondo romper com antigos paradigmas e adentrar em domínios teóricos bastante ousados, uma vez que introduz um olhar integrador do ser humano em suas várias instâncias, o que vai na contramão do pensamento ainda vigente no meio médico e acadêmico de que o ser humano é compartimentado (Vasconcellos, 2000).

A psiconeuroimunologia é citada por Moreira (2003) como o aperfeiçoamento da psicossomática, pois ao contrário da expressão “psicossomática” que supõe uma conceituação dualista do homem, introduz uma visão integracionista. Segundo este autor, atualmente a medicina nega o dualismo cartesiano, mas na prática muitas intervenções são realizadas sob esta orientação. A diferença entre a psicossomática e a psiconeuroimunologia não reside em contradições conceituais, mas apenas na ênfase com que essa estuda e investiga os fenômenos (Vasconcellos, 2000).

No Brasil a psiconeuroimunologia compartilha desta visão integrativa e constitui-se como uma disciplina que nasceu a partir da psicossomática no âmbito hospitalar e no contexto da psiconcologia, por serem estes dois campos os que mais estão abertos às constantes inovações conceituais (Vasconcellos, 2000).

Em 1981, Robert Ader, um psiquiatra americano, publicou o primeiro livro sobre psiconeuroimunologia onde descreveu a íntima ligação e integração entre os sistemas imunológico e nervoso. Este autor salientou o sistema de comunicação existente entre o aparelho nervoso e imunológico, onde células imunológicas produzem neurotransmissores e neurônios liberam imunopeptídeos. Tal comunicação demonstra a existência de uma linguagem compreensível pelos dois sistemas que permite a livre comunicação entre eles, integrando suas funções (Vasconcellos, 2000).

Contrariamente ao que se poderia supor, o sistema imunológico (SI) não é inteiramente autônomo em seu funcionamento. Ele é controlado pelo sistema nervoso central (SNC) que se comunica com os órgãos do sistema imunológico através de terminações nervosas que liberam substâncias químicas (neurotransmissores) na sua intimidade (Moreira, 2003).

Atuam ainda neste complexo sistema as emoções. O estado emocional dos indivíduos, segundo Moreira (2003), altera o funcionamento do sistema endócrino através do sistema límbico[2] e do circuito de Papez[3]. Dessas formas, as emoções, sentimentos e pensamentos de uma pessoa refletem no SI e vice-versa. Isto é, as alterações do SI, geram consequências psicológicas.

Muito dentro dessa compreensão do funcionamento sincronizado desses sistemas do nosso organismo, estudos vêm demonstrando que indivíduos com quadros depressivos ou quando submetidos a emoções estressantes podem apresentar respostas celulares e glandulares imunológicas alteradas, levando a maior susceptibilidade ao câncer, doenças autoimunes, alergias e infecções como pneumonia bacteriana e faringites (Fox, 1981; Irwin, 1999; Kiecolt-Glaser & Glaser,.1995; Leonard & Song, 1999; Riley, 1981; Rosen, Cooper, & Wedgewood, 1984; Stein, 1981).

O SI pode ser definido, então, como um sistema mediador entre as relações do indivíduo com agentes do meio externo (bactérias, vírus e outros) e interno (emoções, sentimentos e pensamentos) atuando como um sistema autorregulável que opera em íntima relação com os sistemas nervoso e endócrino (Mello Filho & Burd, 2010).

Dessa forma, para que um agente patogênico possa multiplicar-se em um organismo é necessário que vença obstáculos advindos das defesas naturais de nosso corpo. As defesas naturais, inatas no indivíduo desde antes do seu nascimento, são compostas pelo conjunto de células responsáveis por fagocitar, englobar os germes e destruí-los. Constituem-se pelos neutrófilos, linfócitos, eosinófilos, mastócitos, basófilos e plaquetas. Já as células NK (*Natural Killer*[4]), são responsáveis pela destruição de células neoplásicas. Essa tarefa

[2] Sistema Límbico: região constituída por núcleos de neurônios, que formam uma espécie de borda em volta do tronco encefálico. Essas estruturas surgiram com os mamíferos inferiores e coordenam comportamentos necessários à sobrevivência. Emoções e sentimentos, como ira, pavor e alegria têm origem no sistema límbico, que também é responsável por alguns aspectos da identidade pessoal e funções importantes ligadas à memória (Guyton & Hall, 2006)

[3] Circuito de Papez é um circuito formado por quatro estruturas básicas, interligadas por feixes nervosos: o hipotálamo e seus corpos mamilares, o núcleo anterior do tálamo, o giro cingulado e o hipocampo. É responsável pela elaboração das emoções, assim como suas expressões periféricas (Guyton e Hall, 2006).

[4] A tradução literal de *Natural Killer* é assassino natural. As células NK são células "matadoras", células de defesa do sistema imunitário que têm a função de reconhecer células estranhas ao organismo, neoplasias. Elas causam a destruição de células tumorais ou infectadas por vírus (Mello Filho & Burd, 2010).

executada pelas células de defesa, desde o nascimento até a morte, é chamada de vigilância imunológica.

Se, em qualquer momento de nossa existência, essas células realizarem uma leitura errônea sobre aquilo que devem defender e negligenciam sua tarefa de vigilância imunológica, podem ocorrer diversas doenças, como o câncer, por exemplo. Apesar das células do sistema imune se encontrarem sob extensa e complexa rede de influência dos sistemas nervoso e endócrino ainda não se conhece, de forma tão clara, os mecanismos pelos quais o organismo estabelece “adequada” ou “má” resposta diante dos agentes estressores (Mello Filho & Moreira, 2010).

Acredita-se, então, que os transtornos psicossomáticos ou psicofisiológicos, sejam o reflexo de uma ruptura na homeostasia corporal, resultando em toda sorte de sintomas ou doenças. Diante, portanto, das emoções, como por exemplo, na exposição prolongada a um agente estressor causador de tensão psicológica, a reação orgânica viria através do sistema nervoso autônomo (SNA) e endócrino (Ballone, Pereira Neto & Ortoloni, 2002).

A psiconeuroimunologia favorece, portanto, a compreensão de que nenhum fenômeno de saúde ou doença é puramente somático ou psíquico.

4 O ESTRESSE NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

"Sinto um frio de doença súbita na alma"
(Fernando Pessoa)

A palavra estresse abarca uma considerável gama de definições difundidas em contextos variados. Aparece associada a jargões no senso comum, na linguagem popular, em diversas práticas terapêuticas (médicas, psicológicas, fisioterápicas), no campo das pesquisas fisiológicas e epidemiológicas. Diante de tamanha difusão de significados é inevitável a falta de correspondência entre os sentidos atribuídos ao mesmo conceito, como esclarece Castiel (1994). Por ser um termo que contém imprecisões em sua definição toma-se aqui a cautela de se percorrer um breve caminho na construção de sentido do mesmo.

O estabelecimento do estresse como objeto de estudo da epidemiologia problematiza o alcance da disciplina em desvendar os fatores causais no adoecimento das populações, onde prevalecem os quadros de morbimortalidade cuja patogenia se associa a estados relacionados ao estresse. Constitui-se, portanto, como uma leitura de extrema importância no processo saúde-doença (Castiel, 1994).

O significado do verbete stress no idioma inglês traz as seguintes definições: "a) força exercida sobre um corpo que tende a deformar-se; b) a intensidade dessa força." (Guralnik, 1974, p. 1409). Na língua portuguesa, encontra-se o anglicismo estresse com as seguintes definições: "a) conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase; b) estricção." (Ferreira, 1986, p. 728). Será adotado aqui o termo estresse em português, uma vez que ele contém a definição que mais se aproxima com o que se pretende tratar na presente pesquisa.

Segundo Castiel (1994) a base desse significado em português está na elaboração desenvolvida inicialmente por Walter Cannon que ao trabalhar as funções do sistema nervoso simpático e da homeostase descreveu uma reação fisiológica que mobiliza o organismo para sobreviver e adaptar-se. Este autor estabeleceu uma relação de proximidade entre a função neurovegetativa simpática e a atividade emocional. Dessa forma, haveria modificações fisiológicas subjacentes aos estados de medo, fome, raiva, dor. De acordo com Mello Filho (1994), pode-se dizer que os trabalhos de Cannon abriram caminho para a psicofisiologia, que abriu portas para o estudo das interações entre estados mentais e processos fisiológicos.

Em seu livro traduzido para o português como "*Stress A Tensão da Vida*" Seyle (1965), define o estresse como o grau de desgaste total causado pela vida, cabendo ao

organismo lutar para restabelecer esse equilíbrio perdido com as tensões provocadas pelos fatos em geral. Se referindo a Hipócrates, o pai da medicina, que dizia que a doença não é apenas sofrimento (*pathos*), mas também instrumento (*pónos*), isto é, a luta do corpo para restabelecera normalidade, Seyle realça a ideia de que ali estava um elemento terapêutico da natureza, que cura de dentro para fora. Segundo ele, "a doença não é apenas submissão à doença, mas também luta pela saúde; e a menos que haja luta, não há doença" (Seyle, 1965, p. 13).

Partindo então, dessa premissa de que nem todas as alterações das condições normais do corpo são doença, pois o próprio conceito de doença pressupõe um choque entre forças agressivas e as defesas do organismo, Seyle, em 1936, elaborou o arcabouço da teoria do estresse intitulada "*síndrome geral da adaptação*" (SGA). Denominou tal síndrome de geral pelo fato do estresse ser produzido especialmente por agentes que têm efeito geral sobre grandes partes do corpo; adaptação por estimular defesas e, portanto, facilitar o estabelecimento e a manutenção de uma fase de reação. Finalmente, denominou-a síndrome por serem suas manifestações individuais coordenadas e, mesmo, parcialmente interdependentes. Para efeitos científicos definiu o estresse como o estado que se manifesta pelo SAG, compreendendo: estímulo da suprarrenal, atrofia dos órgãos linfáticos, úlceras gastrintestinais, perda de peso, alterações na composição química do corpo e assim por diante. Todas estas alterações constituem uma síndrome ou um conjunto de manifestações que surgem ao mesmo tempo.

A resposta ao estresse teria, segundo Seyle, um triplo mecanismo:

- Efeito direto do agente do estresse sobre o corpo;
- Respostas internas que estimulam defesas dos tecidos;
- Respostas internas que estimulam a rendição dos tecidos por causa da inibição da defesa.

Sendo assim, "resistência e adaptação dependem do equilíbrio adequado destes três fatores" (Seyle, 1965, p. 53).

Através de experimentos com animais submetidos a situações agressivas diversas, tais como frio, dor e fome ele descreveu a síndrome em três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento.

- *Primeira fase - reação de alarme (RA)*: aqui, o organismo prepara-se para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. Listam-se como reações a essa fase: a) Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, para permitir que o sangue circule mais rapidamente e, portanto, chegue aos

tecidos mais oxigênio e nutrientes; b) Contração do baço, levando mais glóbulos vermelhos á corrente sanguínea, acarretando mais oxigênio para o organismo; c) O fígado libera açúcar armazenado na corrente sanguínea para que seja utilizado como alimento e, consequentemente, mais energia para os músculos e cérebro; d) Redistribuição sanguínea, diminuindo o fluxo para a pele e vísceras, aumentando para músculos e cérebro; e) Aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, para que o organismo possa captar e receber mais oxigênio; f) Dilatação pupilar, para aumentar a eficiência visual; g) Aumento do número de linfócitos na corrente sanguínea, para reparar possíveis danos aos tecidos. Se o agente estressor continua presente por tempo indeterminado, entra a fase de resistência.

- *Segunda fase – fase de resistência (FR)*: o organismo tenta uma adaptação ou resistência, procurando a homeostase interna, ou seja, a volta ao estado de equilíbrio do organismo. Aqui modificam-se as reações humorais e neurovegetativas devido à hiperatividade do córtex suprarrenal. Quando a pessoa não possui mais condições de lidar com o estresse contínuo, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de esgotamento se manifesta.
- *Terceira fase – fase da exaustão ou esgotamento*: no esgotamento há alterações orgânicas significativas, começando pela hipófise, glândulas suprarrenais (secretoras de adrenalina e cortisona) e por uma vasta constelação de alterações endócrinas, enzimáticas e eletrolíticas (Seyle, 1965).

Seyle tratou em seu livro de algumas doenças que ele denominou doenças de adaptação, entre elas o câncer. Deixou claro que muito pouco se sabia na época sobre a possível relação entre o estresse e o câncer e fez um pequeno resumo sobre o que conseguiu descobrir. Dentre suas descobertas estava a de que muitos tipos de câncer desenvolvem-se em locais de lesões crônicas de tecido, como a exposição prolongada da pele aos raios do sol. Relatou também a possibilidade de se inibir o desenvolvimento de certos tipos de câncer tratando-os com grandes doses de hormônios anti-inflamatórios. Sugere, por fim, algumas relações que precisariam ser aprofundadas como certos tipos de câncer e as supra-renais. Seus estudos nessa área, contudo, foram limitados e ele mesmo sugeriu que tais observações isoladas indicavam meramente certa relação entre o estresse, os hormônios de adaptação e o câncer (Seyle, 1965).

Embora a ideia original de Selye tenha sido estudar o estresse físico, seus seguidores ampliaram o conceito do estresse físico para o domínio psicológico. A importância dos fatores

psicológicos na indução de estados de estresse foi primeiro demonstrado por Pincus e Hoagland em 1943, quando comprovaram o aumento de excreção de 17 cetoesteroides em pilotos e instrutores de avião, após situações de voo, assim como em indivíduos expostos a voos simulados (Mello Filho, 1994).

Ballone et al. (2002) consideram que os estímulos produtores de estresse costumam ter duas origens. Podem ser externos e, principalmente, internos. Os estímulos internos são oriundos dos conflitos pessoais, os quais refletem sempre a tonalidade afetiva de cada um. Os estímulos externos, por sua vez, representam as ameaças concretas do cotidiano de cada um.

Os autores Biondi e Zannino (1997) e Levy et al. (1991), consideram a existência de estressores psicológicos, físicos, químicos ou mistos. Algumas situações como casamento, luto, mudança de casa, foram estudadas como fatores estressantes e desencadeadoras de sentimentos de apatia, indiferença e depressão, indicando níveis mais baixos de atividade *natural killer* do que em pessoas que eram mais expressivas e não haviam passado por tais situações de estresse.

Dessa forma, do ponto de vista físico, o estresse aparece quando o organismo é submetido a uma nova situação, seja ela, uma cirurgia, um traumatismo ou uma infecção, por exemplo. Do ponto de vista psicoemocional, o estresse advém de uma situação entendida como geradora de insegurança ou ameaça (Ballone et al., 2002).

B. J. Sadock e Sadock (2007) salientaram que o estresse crônico associado à variável interveniente da ansiedade e combinado à vulnerabilidade genética ou debilidade de um órgão, pode predispor certas pessoas a transtornos psicossomáticos.

A literatura recente da psiconcologia indica a ocorrência de relações de influência entre recursos psicológicos individuais e a emergência de diferentes doenças, como o câncer. Os principais fatores apontados são isolamento social, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, depressão e melancolia, sentimentos de negligência, repressão de necessidades pessoais e agressividade, além de dificuldades de enfrentamento e adaptação psicossocial (Neme, 2010).

Uma vez que os estressores emocionais são o foco deste estudo é de fundamental importância abrir espaço para compreender que uma situação de conflito, do indivíduo consigo mesmo, é suficiente para originar transtornos funcionais e estes, se repetidos e persistentes, alteram a vida celular, levando a lesão orgânica e suas complicações. Portanto, a emoção é um fenômeno que ocorre simultaneamente no nível do subsistema do corpo e no nível do subsistema dos processos mentais. Traduzindo, aquilo que no nível dos sentimentos é caracterizado como medo, raiva, dor, tristeza, alegria, no corpo, concomitantemente se

expressa através de modificações no subsistema somático, através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea (Rodrigues & França, 2010).

4.1 O IMPACTO DO ESTRESSE NO ORGANISMO

Foi exposto até agora que o estresse aciona no organismo um conjunto de reações hormonais e metabólicas que se iniciam no SNC, passando a comprometer todo o organismo. O intuito aqui não é aprofundar na parte orgânica, mas apenas fornecer uma resumida ideia do mecanismo biológico acionado por uma situação estressora.

4.1.1 Sistema neuro-endócrino-imunológico

Pode-se dizer que os sistemas psíquico, nervoso, endócrino e imune funcionam numa rede (network) onde o sistema nervoso é o regulador de todo o organismo e é dividido segundo Guyton e Hall (2006) em:

- Sistema aferente: que traz informação ao sistema nervoso central;
- Central ou interpretativo: onde as informações são interpretadas e integradas;
- Eferente ou efetor: que leva informação ao organismo para que ele responda corretamente aos estímulos recebidos do meio interno e externo.

O sistema nervoso central é dividido funcionalmente em:

- Nível cortical: onde se desenvolvem as funções conscientes de pensamento lógico e racional e onde são armazenadas as memórias de longo prazo;
- Nível subcortical: onde são realizadas as funções subconscientes do organismo, que incluem as emoções e os processamentos emocionais, além de equilíbrio, avaliação de estímulos e outras funções;
- Nível medular: onde são desempenhadas as funções inconscientes, reflexas, instintivas e de regulação baixa do organismo.

Essa divisão é meramente didática. Existem funções intermediárias, assim como funções que utilizam mais de um nível ao mesmo tempo, além de haver uma interdependência funcional entre os três níveis. Esses níveis se intercomunicam a partir de sinapses (com

transmissão praticamente imediata de informação), neurotransmissores (com transmissão rápida) e neuropeptídeos (com transmissão um pouco mais lenta que os neurotransmissores, mas ainda mais rápida que as comunicações do sistema nervoso com outros sistemas como o imune e o endócrino) para manter o equilíbrio do organismo (Guyton & Hall, 2006).

A partir do momento que as informações sensoriais internas e externas são interpretadas e integradas no sistema nervoso central elas passam ao sistema nervoso eferente. Além disso, o sistema nervoso se comunica com o sistema endócrino, principalmente pelo eixo HHA (hipotálamo-hipófise-adrenal) no qual a interação entre sistema nervoso e sistema endócrino fica evidente. Depois que as informações foram interpretadas e integradas pelo sistema nervoso central, o tálamo (principal centro de distribuição das informações), no nível subcortical, envia informações ao hipotálamo. Por fim, o sistema endócrino se comunica com o sistema imune através de neurotransmissores e neuropeptídeos enquanto, o sistema nervoso se comunica diretamente com o sistema imune por neuropeptídeos e imunopeptídeos produzidos em ambos os sistemas nervoso e imune. O sistema imune funciona como uma autoidentidade e uma defesa contra agressores externos, para o corpo. A sua principal função é impedir que elementos externos (que não fazem parte de si mesmo) possam desviar o corpo de sua homeostase. O sistema imune costuma ser dividido em imunidade inata e imunidade adquirida. O sistema imune inato é composto de quatro elementos: macrófagos (células que fagocitam patógenos e sinalizam a presença deles com citocinas), neutrófilos (células que fagocitam patógenos morrendo em seguida por apoptose, causando o pus), células *natural killer* (células que matam patógenos injetando perforinas neles ou através de proteínas na sua membrana) e citocinas (proteínas que servem de mensageiras). O sistema imune adquirido é composto por dois tipos de células: as B (que reconhecem patógenos e secretam anticorpos específicos para eles) e as T (que podem ser *helper ou killer*). As primeiras reconhecem restos de patógenos identificados por outras células e fabricam citocinas, amplificando os sinais de outras células e as segundas se proliferam e matam o patógeno com proteínas da sua membrana (Guyton & Hall, 2006).

Posto isso, fica claro que o sistema nervoso faz a ponte entre o corpo e a psique via sistemas endócrino e imunológico. Pessoas submetidas à forte estresse apresentam uma série de sintomas que se tratam de manifestações basicamente psiconeurobiológicas em consequência do desequilíbrio do SNA.

Fisicamente, há no estresse alterações bastante significativas. A necessidade de adaptação tem início no SNC, comprometendo, a partir daí, todo o organismo. A região neurológica mais importante para o início do processo orgânico de estresse é o hipotálamo,

uma região capaz de integrar uma série de informações recebidas pelo SNC. O hipotálamo age sobre a hipófise que passa a estimular toda a constelação endócrina do organismo (Ballone et al., 2002).

Em situações normais, o eixo HHA produz glicocorticoides (regulam o nível de glicose no sangue e atuam como anti-inflamatórios. Os principais são a cortisona e a corticosterona) em ritmo circadiano, ou seja, em ciclos de 24 horas, com variações em níveis séricos, sendo as mais altas concentrações no período entre 6 e 8 horas da manhã. Estes glicocorticoides têm múltiplos efeitos sobre o corpo e suas ações imediatas atuam como produção do uso de energia, aumento da atividade cardiovascular e inibição das funções como crescimento, reprodução e imunidade. Em situações de estresse, o ritmo de liberação de glicocorticoides pode ser alterado, havendo concentração em altos níveis, o que revela uma falha na conexão entre sistemas neuroendócrino e imunológico, podendo levar a eclosão de doenças imunológicas (Sadock & Sadock, 2007).

Portanto, caso o agente estressor não seja suspenso, pode tornar-se um agente estressor crônico, afetando o organismo com possibilidades de desenvolver doenças psicossomáticas. Esses agentes estressores podem ser de ordem emocional e podem desencadear o mesmo circuito fisiológico desencadeado por agentes externos.

4.1.2 O sistema límbico e as emoções

Uma vez que o sistema límbico é a unidade responsável pelas emoções, objetiva-se aqui, de forma breve, descrever o funcionamento do mesmo.

O sistema límbico é formado por estruturas pertencentes à região cortical e subcortical, por alguns núcleos nervosos e por conexões nervosas que interligam as estruturas, reproduzindo as mesmas funções hipotalâmicas, mas com a diferença de as mesmas serem mais elaboradas e sofrerem a ação do neocórtex.

James Papez, em 1937, propôs um sistema de emoção que ligaria o córtex ao hipotálamo. Caracterizado por Paul MacLean, um fisiologista americano, em 1952 como um sistema com o mais alto centro regulador do funcionamento víscero-emocional, foi denominado sistema límbico (Mello Filho, 1994).

O hipotálamo é uma parte importante do sistema límbico, pois controla a temperatura corporal, o controle do peso corporal, o impulso para comer e beber, assim como, algumas

funções vegetativas que estão intimamente relacionadas com o comportamento. O funcionamento do hipotálamo é regulado pela amígdala cerebral que é uma estrutura localizada nas porções anteriores dos lobos temporais. Constituindo-se como uma região essencial para a compreensão dos processos emocionais, a amígdala possui o papel de processar o significado emocional dos estímulos e gerar reações emocionais e comportamentais imediatos. É responsável por inúmeras conexões, recebendo sinais neuronais de todas as regiões do córtex límbico e áreas associativas visuais e auditivas e enviando de volta sinais para as mesmas áreas corticais para o hipocampo, septo, tálamo e hipotálamo (Guyton & Hall, 2006).

Segundo Le Doux (1996) a ativação da amígdala produz estimulação automática de redes responsáveis pelo controle da expressão de uma variedade de reações: comportamentos específicos da espécie (imobilização, fuga, luta, expressões faciais), reações do sistema nervos autônomo (alterações na pressão sanguínea e nos batimentos cardíacos, piloereção, suor) e reações hormonais (liberação de hormônios do estresse como a adrenalina e os esteroides suprarrenais, bem como uma série de peptídeos na corrente sanguínea). O SNA e as reações hormonais podem ser consideradas respostas viscerais, ou seja, reações dos órgãos internos e glândulas (vísceras). Quando essas reações viscerais e comportamentais expressam-se, criam sinais corporais que retornam ao cérebro. Dessa forma, as oportunidades de *feedbacks* corporais, próprios das reações emocionais, influenciarem o processo de informações pelo cérebro e as sensações conscientes são mais amplas.

Assim, quando estimulada nas situações regidas por emoções, a amígdala centraliza, recebe e distribui os estímulos que evocarão as reações de defesa diante do estresse disparado pelas emoções. Dessa forma, as vivências internas, marcadas pelas emoções, se caracterizam por uma configuração integrada, da expressão emocional propriamente dita, respostas hormonais e fisiológicas, o que constitui a complexa rede de intercomunicação entre os sistemas imunológico, endócrino e psíquico, que pretende-se abordar aqui.

5 AS EMOÇÕES COMO ESTRESSORAS PSÍQUICAS

"Que trazemos oceanos circulando dentro de nós?
Que há viagens que temos que fazer só no íntimo de nós?"
(Mia Couto)

Este trabalho pretende verificar se as mulheres entrevistadas que desenvolveram um câncer de mama estavam vivendo, no período de doze meses anterior ao diagnóstico do câncer de mama, situações em suas vidas relacionadas ao medo, luto e depressão que pudessem desencadear um processo de estresse com seus correspondentes fisiológicos.

Partindo-se da construção feita por Rodrigues (2008) em sua tese de doutoramento, parte-se aqui da construção defendida por este autor que os mesmos mecanismos fisiológicos desencadeados por estímulos externos, também podem ser desencadeados diante de estímulos internos, inconscientes, advindos de uma realidade psíquica, ou seja, pelas emoções advindas de formações inconscientes.

5.1 DEFININDO EMOÇÃO

Cabe aqui, uma definição do que está se chamando emoção. Não é raro ver uma confusão no que se refere à definição dos termos emoção, afeto e sentimentos.

A palavra emoção vem do latim *emovere* que deriva de *movi* e significa, literalmente, pôr em movimento, mover. “Em geral, entende-se por esse nome todo estado, movimento ou condição pelo qual o animal ou o homem percebe o valor (o alcance ou a importância) que uma situação determinada tem para a sua vida, as suas necessidades, os seus interesses” (Abbagnano, 1982, p. 293).

Foi somente a partir da segunda metade do séc. XIX que as emoções tornaram-se objeto de indagação científica e foram consideradas em estrita conexão com os movimentos e os estados corpóreos que as acompanham como explica Abbagnano (1982).

Segundo Pinheiro (1992) definir emoção é tão difícil quanto definir o próprio homem. No entanto, este autor a define como um fenômeno no qual se podem caracterizar três estados: sentimento, resposta fisiológica e comportamento. Pode-se dizer, então, que a emoção é composta por três elementos: psicológico, fisiológico e social.

O componente psicológico se distingue pelo sentimento ou estado afetivo. É uma experiência consciente e subjetiva, podendo sofrer influências das vivências pessoais e do meio ambiente (família, sociedade, etc). O componente fisiológico é traduzido por alterações ao nível dos órgãos, assim como por modificações ocorrendo externamente, na superfície do corpo. Nos órgãos podem ocorrer as seguintes transformações: a) variação para mais ou menos no tônus da musculatura lisa; b) alterações na secreção de muco e suco digestivos; c) modificações na circulação e na permeabilidade dos capilares sanguíneos; d) alterações da coagulação do sangue. As alterações ao nível da superfície do corpo são aquelas que acontecem por intermédio da expressão facial, enrubescimento ou palidez da pele, ereção pilosa, etc. O componente social pode estar relacionado a comportamentos como sorrir, chorar, gritar, fugir, atacar, etc. (Pinheiro, 1992).

As emoções podem ser diferenciadas de acordo com as alterações fisiológicas que apresentam. Assim, em estados emocionais extremos, as respostas fisiológicas são mais evidentes.

O problema da diferenciação dos termos pode ser explicado não só pela origem da palavra, mas também pelo próprio uso que se faz dela. Indagando-se sobre a emoção, Molon (2003) discorre sobre a sua definição ao longo da história no campo da filosofia, passando por Aristóteles, Descartes, Espinosa, Hume, Sartre, dentre outros e aponta para uma conceituação a partir de sua relação com a cognição. As emoções consistiriam assim, em modos de estar conscientemente no mundo, estando relacionadas a julgamentos. Esses últimos requerem conceitos e a questão é que conceitos são requeridos para uma particular emoção. Desta forma, as emoções não seriam irracionais, mas uma espécie de julgamento básico sobre nós mesmos e os lugares que ocupamos mundo.

Assim, num sentido mais amplo, as emoções são classificadas como sensações agradáveis e desagradáveis que, de alguma forma, marcam o corpo manifestando-se através dele. Já os sentimentos são definidos como a capacidade de sentir, apreciar tudo o que apresenta valor estético ou moral.

A complexidade do processo de diferenciação dos termos afeto/sentimento/emoção, aponta para uma compreensão das emoções como um enredado processo de múltiplas faces, onde o corpo interage com a mente a todo momento. Será, exatamente, esse entrelace das emoções com o corpo que será privilegiado neste estudo. Apesar da compreensão da pesquisadora de que os processos internos se inserem em um contexto social, tal contexto não será priorizado nesta pesquisa. Serão abordados apenas, os aspectos subjetivos e fisiológicos das emoções.

5.2 A EMOÇÃO DO MEDO

O medo é um tema que vem atravessando o cotidiano e marcando de forma mais palpável a vida coletiva e individual. Cada vez mais na clínica percebe-se tal emoção que, mesmo quando referida a situações subjetivas, suscita no organismo uma série de reações que fogem ao controle do sujeito.

Para Delpierre (citado por Santos, 2003), o medo provoca uma série de efeitos no organismo de acordo com cada indivíduo e com as circunstâncias e reações alternadas em uma mesma pessoa. Como por exemplo: aceleração ou diminuição dos movimentos cardíacos, aceleração ou lentificação da respiração, contração ou dilatação dos vasos sanguíneos, hiper ou hiposecreção das glândulas, constipação ou diarreia, poliúria ou anúria, imobilização ou exteriorização violenta. Nos casos limite, a inibição pode chegar a uma pseudoparalisia (estados catalépticos) diante do perigo e a exteriorização pode resultar em uma tempestade de movimentos destinados e inadaptados, característicos do pânico.

Le Doux (1996) aponta para o medo como uma das emoções principais no desencadeamento de lesões, atrofias e suspensão do sistema imune, levando o organismo a um grave processo catabólico celular. É uma emoção básica, presente não só no humano, mas em diferentes formas de vida, com reações biológicas e fisiológicas comuns.

Bowlby (1984) alerta para uma das mais importantes e abrangentes hipóteses tradicionais errôneas sobre a manifestação do medo: a de que ele se manifestaria somente na presença de alguma coisa capaz de ferir o ser humano ou prejudicá-lo. O autor acrescenta que, como corolário, apresenta-se a ideia de que o medo surgido em qualquer outra situação deve ser considerado um medo anormal ou que exigisse uma explicação especial. Segundo ele, a falsidade de tal colocação pode ser percebida de duas formas. Uma diz respeito à natureza dos estímulos e dos objetos que assustam o ser humano e os leva a procurar refúgio. Muitas vezes, tais objetos mantêm uma relação indireta com aquilo que se apresenta como perigoso. O outro erro relaciona-se com o fato de que o ser humano se assusta não somente quando certos tipos de situações se fazem presentes (ou ameaçam fazerem-se presentes), mas também quando certos tipos de situações se acham ausentes (ou ameaçam fazerem-se ausentes).

Outro ponto importante a ser considerado se refere aos estados emocionais a que se aludem os termos angústia e medo. Bowlby (1984) considera as preocupações contínuas de Freud com os dois estados, comparando-os e contrastando-os. Citando Lewin, Bowlby (1984) diz que o autor também examinou a confusa questão dos vocábulos, enfatizando que no amplo

campo da psicopatologia, o vocábulo angústia tem sido usado, habitualmente, para se referir a "estado emocional em que se acha presente a qualidade subjetivamente experimentada do medo ou uma qualidade intimamente associada." (p. 86). Os dois vocábulos são, muitas vezes, empregados como sinônimos. No entanto, há um ponto que as diferem: enquanto a natureza e a origem da angústia são obscuras, a natureza e a origem do medo são claras.

Luiz Alberto Hanns (2006) faz referência à discussão sobre a tradução de Angst (termo usado na obra de Freud para designar ora medo, ora ansiedade, ora angústia e afeito de muitos equívocos na tradução) e discorre sobre a dificuldade de chegar a uma tradução final, visto que Freud, às vezes num mesmo parágrafo, transitava de um uso coloquial para um uso técnico, assim como empregava os termos de modo a permitir uma dupla leitura (ora como designação nosológica, ora como afeto).

Segundo Hanns (2006) em dicionários alemães encontra-se a seguinte distinção entre *Angst* e *Furcht*: 1) *Angst* – significa medo. Em geral, indica um sentimento de grande inquietude perante uma ameaça real ou imaginária de dano. A gradação pode variar de receio e temor até pânico ou pavor. Refere-se, portanto, tanto a ameaças específicas (*Angst vor*, medo de) quanto a inespecíficas (*Angst*, medo). Ex: *Tenho medo de ser mal interpretado* (receio). *Tenho medo de cães. Morro de medo de vampiros* (pavor). *Sinto medo durante a noite* (inespecífico). 2) *Furcht* – significa medo no sentido de receio, temor. Refere-se a objetos inespecíficos. Ex: *Tenho medo de ser mal interpretado* (receio). *Temo cães grandes e pretos, pois já tive uma experiência traumática com um cão assim*. A palavra *Furcht* (receio, temor) não abarca o pânico ou o pavor imediato. Portanto, *Angst* pode referir-se a objetos específicos ou inespecíficos e ambos podem referir-se a temores de ameaças ainda distantes.

Assim, perante o predador, o animal perseguido sente *Angst*, não *Furcht*, pois *Furcht* refere-se, frequentemente à preocupação. Ao contrário, *Angst* pode ser mais visceral e imediata, indicando uma reação intensa em face de uma ameaça de aniquilação ou dano, seja ela real ou imaginária, específica ou inespecífica. *Furcht* tem um caráter mais antecipatório e corresponde à simulação do pensamento, algo próprio do pensamento secundário, que opera com baixas cargas de investimento e permite antecipar, simular e planejar utilizando-se uma carga de afeto controlável. Hanns (2006) conclui dizendo que *Angst* pode ter o sentido de *Furcht*, mas o contrário não vale. *Furcht* não tem o caráter reativo e intenso que *Angst* pode ter.

Dessa forma, por ser, em geral, uma reação intensa, *Angst* evoca algo que se externaliza claramente, como expressão facial, suor, voz, etc. e desencadeia uma ação de luta ou fuga ou, mais raramente, algo que causa tanto pavor que paralisa o sujeito. A palavra *Angst*

também foi empregada por Freud em composição com termos como ataques de medo, irrupção de medo, etc. Portanto, Freud sempre destacou a *Angst* como um estado de transbordamento de um excesso de estímulos que causam afetos (Hanns, 2006).

Seja qual for o termo que se opte por empregar na tradução de *Angst*, aqui nos interessa, em especial, aquela entendida como esse conjunto de reações intensas que colocam o organismo em um estado de alerta. Segundo Hanns (2006) "mesmo quando se trata de um medo vago e antecipatório, ocorre um estado de prontidão reativa, visceral e intensa. Trata-se de um afeto vinculado à sensação de perigo e que pode transformar-se em fobia e pavor" (p. 134).

A emoção do medo será abordada através das duas teorias de *Angst* elaboradas por Freud. Faz-se mister destacar ainda que essa emoção não depende de situações ameaçadoras concretas. Segundo Rodrigues (2008) os processos inconscientes são capazes de desencadear reações conscientes de temor mesmo sem que o indivíduo reconheça a causa.

Em relação a presente pesquisa, é importante ainda frisar que o medo pesquisado se difere do medo natural e constante sentido pelas mulheres que se veem diante de um diagnóstico de câncer de mama. A emoção a ser pesquisada se refere ao momento anterior à descoberta da doença, onde se investigará se as mulheres entrevistadas estiveram sob situações de vida ameaçadoras do ponto de vista emocional, se enfrentaram dramas pessoais ou familiares que teriam possibilitado um estado de alerta fisiológico.

5.2.1 A primeira teoria de *Angst*

Rodrigues (2008) identifica em "Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'" (Freud, 1987 [1895-1894]), o início da construção da teoria sobre o afeto de *Angst* em Freud.

Neste texto, Freud se depara com a necessidade de diferenciar a neurastenia da neurose de angústia. A primeira decorreria de um mau funcionamento sexual, incapaz de resolver de forma adequada a descarga da tensão sexual física, levando a uma série de sintomas como fadiga física, cefaleia, dispepsia, prisão de ventre, etc. Já a neurose de angústia seria o produto da tensão sexual física que não foi psiquicamente ligada. Dessa forma, esta energia livre que não foi descarregada ocasionaria inúmeras manifestações que se agrupam

em torno de um sintoma principal: a angústia. O quadro clínico desta neurose abrange os seguintes sintomas:

- *Irritabilidade geral*: a irritabilidade aumentada aponta sempre para uma um acúmulo absoluto ou relativo de excitação. Como manifestação de tal irritabilidade aumentada, Freud se referiu à hiperestesia auditiva ou hipersensibilidade ao ruído, que representaria um sintoma associado à relação entre as impressões auditivas e o pavor. Como consequência, viria a insônia.
- *Expectativa angustiada*: Freud a define como o sintoma nuclear da neurose, onde haveria um *quantum de angústia em estado de livre flutuação*. Seria a tendência a adotar uma visão pessimista das coisas. Como se a pessoa sempre esperasse que algo de ruim fosse acontecer, mesmo sem uma causa aparente. Rompe as barreiras de uma angústia normal quando é frequentemente reconhecida pelo próprio paciente como uma espécie de compulsão. Uma das formas da expectativa angustiada, estaria relacionada ao termo *hipocondria*, que seria a forma preferida pelos neurastênicos quanto estes caem presos na neurose de angústia. A *angústia moral*, o escrúpulo e o pedantismo, também são expressões da expectativa angustiada, onde há uma dose de sensibilidade moral maior que a de costume, variando desde o normal até uma exagerada *mania de duvidar*.
- *Ataques de angústia*: se caracterizam pelo irrompimento súbito da ansiedade na consciência, sem nenhuma representação associada ou acompanhada das representações que estiverem mais à mão como: extinção de vida, ameaça de loucura, algum tipo de parestesia (similar à aura histérica). Tais representações podem combinar-se com o sentimento de angústia ou o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais, como a respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora ou atividade glandular. O paciente pode se queixar então de “espasmos no coração”, “dificuldade de respirar”, “inundações de suor”, “fome devoradora” e coisas semelhantes.

Freud também distingue *ataques de angústia rudimentares* dos *equivalentes de ataques de angústia*. Incluiu uma lista de formas de ataques de angústia mais conhecidos por ele:

- Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da *atividade cardíaca*, como palpitação, arritmia transitória ou taquicardia de duração mais longa, pseudo-angina do peito;

- Ataques de angústia acompanhados por *distúrbios respiratórios*, como dispneia nervosa, acessos semelhantes à asma e similares;
- Acessos de *suor*, geralmente à noite;
- Acessos de *tremores e calafrios*, facilmente confundidos com ataques histéricos;
- Acessos de *fome devoradora*, frequentemente acompanhados de vertigem;
- Diarreia sobrevindo em acessos;
- Acessos de *vertigem* locomotora;
- Acessos do que se conhece como *congestões*, incluindo praticamente tudo o que se tem sido denominado de neurastenia vasomotora;
- Acessos de *parestesias* (estes, porém, raramente ocorrem sem angústia ou uma sensação semelhante de mal-estar) (Freud, 1987 [1895-1894]);
- *Acordar em pânico à noite*, em geral combinado com angústia, dispneia, suores, etc. Muitas vezes, nada mais é do que uma variante do ataque de angústia;
- *Vertigem*. Descrita em sua forma mais branda como "tonteira" e em suas manifestações mais intensas como "acessos de vertigens".Deve ser classificada entre os sintomas mais graves da neurose;
- Dois tipos de fobias típicas: o primeiro tipo relaciona-se com os riscos fisiológicos gerais (Ex: medo de cobras, tempestades, escuridão, vermes, etc.) além do típico escrúpulo moral excessivo e algumas formas da mania de duvidar; o segundo, a agorafobia, com todas suas formas acessórias caracterizadas por sua relação com a locomoção;
- Distúrbios das atividades digestivas, como sensação de vômito e náusea, disposição à diarreia, constipação e necessidade de urinar;
- Parestesias, que podem acompanhar os acessos de vertigem ou angústia. Aumento da sensibilidade à dor, acompanhado de tendências às alucinações que não podem ser interpretadas como histéricas.

Vários dos sintomas acima mencionados por Freud, também aparecem sob forma crônica. Nesse caso, são menos fáceis de serem reconhecidos, pois a sensação ansiosa que os acompanha é menos clara que em um ataque de angústia. É o caso da diarreia, vertigem e parestesias.

Buscando pela etiologia das neuroses de angústia, Freud chega à conclusão de que em alguns casos não se descobre nenhuma etiologia, mas há fundamentos para se considerar a neurose como adquirida. Ele inicia, então, uma investigação que revela um conjunto de perturbações da vida sexual como fatores etiológicos atuantes. Chega, dessa forma, à

conclusão de que a neurose em questão é acompanhada por um decréscimo extremamente acentuado da libido sexual, o que o leva a buscar o mecanismo da neurose no processo de deflexão da excitação somática da esfera psíquica e no consequente emprego anormal dessa excitação (Freud, 1987 [1985-1894]).

Segundo Rodrigues (2008), Freud, em suas cartas para Fliess, escreve sobre a neurose de medo em 1893, onde ele dizia ver uma boa possibilidade de preencher uma lacuna na etiologia sexual das neuroses. O autor sustenta que para Freud, a neurose do medo poderia ser desencadeada tanto por causas etiológicas fisiológicas da função sexual quanto pelos aspectos emocionais da vida do paciente, já que tais fatores impediriam que a libido se ligasse, ou seja, a libido livre seria vivida como *Angst*.

No "*Rascunho E*" (1990) [1894]), Freud tenta responder à pergunta "mas por que ocorre essa transformação em angústia quando há uma acumulação?" (Freud, 1990 [1894], p. 272, Vol. 1), temos a resposta:

> [...] na neurose de angústia, essa transformação de fato ocorre, o que sugere a ideia de que, nessa neurose, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em - angústia. (Freud, 1990 [1894], p. 273, Vol. 1).

No final desse mesmo artigo, Freud nos fornece material teórico para que se possa concluir que a partir da noção de neurose de angústia, ele amplia a ideia de transformação do acúmulo da libido em angústia, para todas as neuroses.

Em 1900 no texto "*A Interpretação dos Sonhos*" Freud desenvolve a hipótese de *Angst* resultante de dois processos, que são destacados por Rodrigues (2008):

> [...] um, fisiológico, no qual a libido não ligada psicologicamente seria descarregada pelas vias neurônicas e motoras na forma de medo; o outro seria proveniente do recalque da libido já ligada psiquicamente. Ao separar a ideia do afeto, esse último sofreria uma vicissitude dupla: de um lado, formaria o sintoma; de outro, manifestar-se-ia na forma de medo.
> A qualidade de energia pulsional deu à Angst as suas principais características nesse momento do pensamento freudiano: ela era, então, uma energia livre que ou não teria se ligado psiquicamente, ou teria sido "desligada" pelo recalque; não possuiria objeto próprio devido à sua plasticidade energética e se manifestaria quantitativamente (Rodrigues, 2008, pp.39-40).

Importante salientar que tal elaboração feita por Freud fazia parte da teoria econômica classificada por ele depois, anos mais tarde. Por caráter econômico entende-se a quantidade de excitação presente no aparelho psíquico; a tarefa deste aparelho é manter o nível de excitação dentro dele o mais baixo possível ou constante.

Ainda no contexto da primeira tópica, destaca-se a Conferência XXV (Freud, 1976 [1917-1916]) que, segundo Laplanche e Pontalis (1991), é um texto intermediário entre os primeiros escritos de Freud e aquilo que será formulado por ele posteriormente. Aqui, de acordo com Rodrigues (2008), Freud estava preocupado em destacar a relação do medo real ("ansiedade realística" - *Realangst*) com o medo neurótico ("ansiedade neurótica" - *Neurotische Angst*). Para tanto, ele distingue três estados emocionais que, embora semelhantes na forma, são distintos em seus conteúdos.

Evitando aprofundar na questão idiomática do uso da palavra *Angst* [ansiedade], *Furcht* [medo] e *Schreck* [susto], Freud diz referir-se a *Angst* como estado e não objeto, ao passo que *Furcht* chama atenção precisamente para o objeto. *Schreck*, por outro lado, põe ênfase no efeito produzido por um perigo com o qual a pessoa se depara, sem qualquer preparação prévia para a ansiedade (Freud, 1976 [1917-1916]).

No entanto, ele problematiza a complexidade no uso da palavra *Angst*. Admite certa imprecisão e ambiguidade no uso da palavra:

> Por "ansiedade" geralmente entendemos o estado subjetivo de que somos tomados ao perceber o "surgimento da ansiedade", e a isto chamamos afeto. E o que é um afeto, no sentido dinâmico? Em todo caso, é algo muito complexo. Um afeto inclui, em primeiro lugar, determinadas inervações ou descargas motoras e, em segundo lugar, certos sentimentos; estes são de dois tipos: percepções das ações motoras que ocorreram e sensações diretas de prazer e desprazer que, conforme dizemos, dão ao afeto seu traço predominante. (Freud, 1976 [1917-1916], p. 461, Vol. 16).

Nesta fase, Freud reconhece que ainda não considera muito firmados os conhecimentos a respeito dos afetos, momento onde ainda procura encontrar orientações nessa região obscura. É quando investiga as vivências originais que se repetem no caso do afeto da ansiedade (Freud, 1976 [1917-1916]).

A partir daí, chega à conclusão de que no ato do nascimento "ocorre a combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, a qual se tornou o protótipo dos efeitos de um perigo mortal, e que desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade" (Freud, 1976 [1917-1916], p. 462, Vol. 16). Portanto, o cerne do

primeiro estado de ansiedade vivido pelo ser humano estaria no momento da separação da mãe, no ato do nascimento.

Feita essa descoberta, Freud passa a analisar as formas e situações em que a ansiedade neurótica se manifesta. Descreve, então, três formas de ansiedade neurótica. A primeira delas ele entende como uma sensação de apreensão generalizada, uma espécie de ansiedade livremente flutuante, que denominou de “ansiedade expectante” ou “expectativa ansiosa”, que foi traduzida em 2008 por Rodrigues para “expectativa medrosa ou temerosa” e será a nomenclatura utilizada nesta pesquisa.

Este estado de ansiedade é caracterizado pela sensação de que coisas terríveis podem acontecer. Como se a pessoa pressentisse sempre as piores possibilidades e interpretasse todos os eventos causais como presságio do mal (Freud, 1976 [1917-1916]).

A segunda forma de ansiedade, ao contrário da primeira, é psiquicamente ligada e vinculada a determinados objetos e situações. Chama esta de ansiedade das fobias (Freud, 1976 [1917-1916]).

Por serem extremamente multiformes, Freud lista três grupos de fobias, a saber:

- fobia de objetos e situações temidas que causariam medo e repulsa às pessoas, mas, nesse caso, em uma intensidade muito exagerada. Ex: sensação de repulsa ao encontrar uma cobra;
- situa-se nesse grupo a maioria das fobias de situação. O que chama a atenção nesse caso não é o conteúdo, mas a intensidade. Refere-se à ansiedade sentida em determinadas situações, como lugares fechados, viagem de trem, mas de forma extremada;
- essa terceira forma de ansiedade neurótica se caracteriza por ataques espontâneos, onde não há nenhum sinal de qualquer perigo ou de qualquer causa que pudesse ser exagerada como perigo (Freud, 1976 [1917-1916]).

Fica claro nessa conferência que Freud traça dois destinos para a libido quando sujeita à repressão. Um primeiro é a descarga sob a forma de ansiedade, que é vinculada a um perigo externo e o segundo consiste em tomar todas as precauções e garantias, a fim de evitar contato com esse perigo, que é tratado como a coisa externa que é. A repressão seria, então, uma tentativa de fugir da libido sentida como perigo, feita pelo ego (Freud, 1976 [1917-1916]).

Freud salienta a fragilidade do sistema defensivo nas fobias que reside no fato de a fortaleza, que foi tão fortificada em relação ao exterior, permanecer vulnerável a um ataque vindo de dentro (Freud, 1976 [1917-1916]).

Sendo assim, o que fica sistematizado como aquisição em 1917 é a estreita relação que a primeira teoria de *Angst* mantém com a libido e, ainda, o aspecto econômico que marca este período. A *Angst*, entendida aqui como medo, seria um produto da transformação da libido não descarregada e sua substituição pela formação de sintomas. Em 1926 Freud parte para novas formulações dessa primeira teoria.

5.2.2 A segunda teoria de *Angst*

Em 1923, com a publicação de "*O ego e o id e outros trabalhos*" Freud iniciou uma reformulação radical da teoria psicanalítica, descrevendo uma nova estrutura da mente, a partir da topografia anterior que se limitava aos processos dinâmicos que envolviam inconsciente, pré-consciente e consciente (Freud, 1976).

A partir da nova teoria estrutural, Freud se viu obrigado a reformular vários pontos cruciais de suas teorias anteriores como o recalque, sintoma e o medo. Segundo Plastino (2001), é quando os afetos começam a assumir relevo em sua obra.

Em 1926, novas considerações sobre o medo (*Angst*) foram feitas em "Inibições, sintomas e ansiedade", visto que a antiga teoria econômica não atendia mais às suas hipóteses teóricas após a publicação de "*O ego e o id*". Nesse texto, ele reconheceu o ego como o único lugar da angústia. Dessa forma, abandona a ideia de que o afeto de medo (*Angst*) advém do recalque da libido.

A partir dessa nova explicação estrutural, o ego, entendido como a sede dos afetos, passa a comandar a ação da defesa. Sendo assim, tanto o medo quanto os sintomas serão explicados de maneira diferente. Dessa forma, o recalque que promove a formação dos sintomas processa-se a partir do ego. Então, sempre que em uma ação, o recalque se processar a partir do ego, às vezes envolvendo o superego, será em resposta a uma excitação iniciada no id. Ao contrário do que Freud afirmara até então, nesse momento do recalque, a energia do impulso não se transformará mais em *Angst*, mas ficará retido no id, onde poderá passar por dois destinos diversos: o impulso pode ser inibido em sua fonte ou, então, continuar se desenvolvendo até formar o sintoma (Rodrigues, 2008).

Sobre a geração do medo Freud esclarece:

> [...] De onde provém a energia empregada para transmitir o sinal de desprazer? Aqui podemos ser auxiliados pela ideia de que uma defesa contra um processo interno importuno será plasmada sobre a defesa adotada contra um estímulo externo, e de que o ego debela os perigos internos e externos, de igual modo, ao longo de linhas idênticas. No caso do perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. A primeira coisa que ele faz é retirar a catexia da percepção do objeto perigoso; posteriormente, descobre que constitui um plano melhor realizar movimentos musculares de tal natureza que tornem a percepção do objeto perigoso impossível, mesmo na ausência de qualquer recusa para percebê-lo – que é um plano melhor afastar-se da esfera do perigo. A repressão é um equivalente a essa tentativa de fuga. O ego retirará sua catexia (pré-consciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (ansiedade). O problema de como surge a ansiedade em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à ideia de que o ego é a sede real da ansiedade, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade (Freud, 1976 [1926-1925], pp. 113-114, Vol. 20).

Em "*Inibições, Sintomas e Ansiedade*", adendo B: "*Observações Suplementares sobre a Ansiedade*" Freud fala sobre a relação da ansiedade com o perigo e com a neurose e se faz a pergunta por que todas as reações não são neuróticas? (Freud, 1976 [1926-1925]). Anuncia, nesse ponto, a diferenciação que fará entre ansiedade realística e neurótica.

A ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo desconhecido, sendo assim, o perigo neurótico é um perigo que ainda tem que ser descoberto. Trata-se de um perigo instintual. Sustenta ainda que em alguns casos as características da ansiedade realística e da ansiedade neurótica se acham mescladas. O que define a existência de um elemento neurótico na presença ou eminência de um perigo é o excedente de ansiedade (Freud, 1976 [1926-1925]).

Indagando-se sobre a essência e o significado de uma situação de perigo, descobre o que chamou de desamparo psíquico. Diferencia o desamparo físico, que se manifesta na presença de um perigo real do desamparo psíquico, que se manifesta se o perigo for instintual. Denomina tal situação de desamparo de situação traumática. Dessa forma, a capacidade de autopreservação do indivíduo se manifesta quando ele pode prever uma situação traumática, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça. Em uma situação que contenha o determinante de tal expectativa de situação de perigo, o sinal de ansiedade é emitido:

> [...] o sinal anuncia: "estou esperando que uma situação de desamparo sobrevenha" ou "A presente situação me faz lembrar uma das experiências traumáticas que tive antes. Portanto, preverei o trauma e me comportarei como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda houver tempo para pô-lo de lado." A ansiedade, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de ansiedade que notamos têm uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo – a situação que é prevista na situação de perigo (Freud, 1976 [1926-1925], p. 191, Vol. 20).

Nessa segunda teoria percebe-se, portanto, que Freud abandona a visão econômica e sustenta a *Angst* como um sinal de defesa. Dá importância ao aspecto biológico do referido afeto e a reconhece como a reação geral a situações de perigo. Além disso, atribui aqui ao ego a função de sediar a *Angst*.

Rodrigues (2008) ampara a ideia de que o medo é uma resposta acionada pelo ego, a partir de sua própria energia, contra uma ameaça proveniente do id e do mundo externo. Constitui-se, portanto, como uma reação a um perigo e será reproduzida sempre que uma ameaça se apresentar ao ego. Nesse sentido, segundo ele, o medo neurótico assume ares de medo realístico, isto é, aquilo que o ego teme assume características de um perigo externo.

Freud relatando sobre o medo, diz da preparação para o perigo onde há um aumento da atenção sensória e da tensão motora. "Tal estado de preparação expectante pode ser uma vantagem, na medida em que prepara o organismo para reações de fuga ou defesa ativa" (Freud, 1976 [1916-1917], p. 460, Vol. 16). Para ele, portanto, a experiência sensorial é a base fundadora da subjetividade, tanto das fantasias quanto dos afetos, uma vez que estes se formam a partir da percepção subjetiva do evento fisiológico inicial, ao qual se associam sentimentos da série prazer-desprazer (Rodrigues, 2008).

O que manteriam unidas essas experiências de descarga e sensações de prazer-desprazer a ponto de torná-las uma unidade seriam as experiências subjetivas de ordem traumática, que fundiriam umas às outras, criando, assim, um elo indissolúvel, como acontece no trauma. Sendo assim, essa resposta tornar-se-ia automática, ficando à disposição do psiquismo e sendo invocada mesmo quando o perigo real não estivesse presente. O medo tratado aqui em Freud era o medo neurótico.

Quando Freud distingue, então, a ansiedade realística da ansiedade normal, ele postula o seguinte:

> Um perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo, e um perigo neurótico é aquele que ameaça a partir de uma exigência instintual. Até onde a exigência instintual é algo, também se pode admitir que a ansiedade neurótica da pessoa tenha uma base realística. Vimos que a razão pela qual parece haver uma vinculação especialmente estreita entre a ansiedade e a neurose é que o ego se defende contra um perigo instintual com a ajuda da reação de ansiedade, do mesmo modo que o faz contra um perigo real externo, mas que essa linha de atividade defensiva resulta numa neurose devido a uma imperfeição do aparelho mental. Chegamos também à conclusão de que uma exigência instintual frequentemente só se torna um perigo (interno) porque sua satisfação provocaria um perigo externo – isto é, porque o perigo interno representa um perigo externo (Freud, 1976 [1926-1925], pp. 192-193, Vol. 20).

A partir dessa segunda formulação da Teoria da *Angst* que permanece inalterada até o fim dos escritos de Freud, ele entende que o ego reage com medo a situações subjetivas que adquirem aspectos de realidade como, medo de desamparo, medo da castração, medo do superego, configurado nas sanções sociais. Justamente aqui, ele parece fornecer fundamento para se pensar nas reações orgânicas ao medo, apesar de não ter desenvolvido esse tema em sua teoria (Rodrigues, 2008).

Um dos objetivos da presente pesquisa é pensar se a linha de atividade defensiva que resultaria numa neurose, como exposto acima por Freud, também poderia resultar em uma doença psicossomática acionada por esse medo. Melhor formulando a questão: poderia o medo atuar em dois níveis: no psíquico, resultando em novos sintomas neuróticos e no fisiológico, resultando em algumas doenças psicossomáticas?

5.3 LUTO E DEPRESSÃO NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

Conforme esclarece o editor da *Standard Edition* em nota de rodapé, a palavra luto, do alemão *Trauer*, pode significar “tanto o afeto da dor como sua manifestação externa” (Freud, 1974 [1917-1915], p. 275, Vol. 14). Para se compreender o luto é preciso entrar em contato com os conceitos encontrados na literatura sobre este assunto, como pesar, tristeza e melancolia, com a finalidade de se perceber a sutileza que difere o processo de luto ao da depressão.

Há controvérsias terminológicas no que diz respeito à definição dos termos relativos à dor da perda. O termo “luto” ainda carrega restrições como sendo uma tarefa psíquica bem precisa a ser desempenhada, contendo a função de fazer com que as lembranças e esperanças

se desvinculem do morto. Bowlby (1984), no entanto, discorda de tal restrição e acredita que o luto caracteriza, não apenas processos de perdas reais, mas também encerra questões que envolvem reações às perdas reais e simbólicas.

A maior dificuldade para se colocar o luto em uma categoria nosográfica, deriva-se do fato de ser um processo e não um estado. Dessa forma, o luto é uma vivência de organização única e original de cada pessoa (Parker, 1998).

Segundo Bowlby (1984) o processo de enlutamento constitui-se como um conjunto de reações diante de uma perda, contendo quatro fases, a saber. A primeira é denominada fase do choque e tem duração de algumas horas ou semanas, podendo vir acompanhada de manifestações como desespero, afastamento, intensificação das reações emocionais, ataques de pânico e raiva. A segunda se caracteriza pelo desejo de busca da figura perdida, podendo durar meses ou anos. A raiva pode estar presente quando existe a percepção de que houve efetivamente uma perda, no entanto, ao mesmo tempo, existe a ilusão de que talvez tudo não tenha passado de um pesadelo e de que nada mudou. Tais processos, aparentemente antagônicos, coexistem com a realidade da perda e a esperança do reencontro. A terceira fase é marcada pela desorganização e pelo desespero. A última fase é a da organização, em que se processa a aceitação da perda definitiva, além da constatação de que uma nova vida precisa ser recomeçada. Alguns buscam novos relacionamentos, como forma de dar continuidade a vida, outros permanecem sós, por acreditarem que nenhuma outra relação substituirá aquela que foi perdida.

O autor ainda relata que alguns aspectos, como a identidade e papel da pessoa morta, idade, sexo, causas e circunstâncias da perda, circunstâncias sociais e psicológicas presentes no momento da perda, a personalidade do enlutado e sua capacidade para enfrentar situações de estresse podem afetar o processo de luto e facilitar ou não o desenvolvimento de uma patologia (Bowlby, 2004).

Segundo Esslinger (1995), a má elaboração do luto, ou seja, a impossibilidade de entrar em contato com a perda, com a separação, pode culminar na depressão. É o que se chama de luto patológico, onde o sintoma se manifesta de forma crônica.

Freud em "*Luto e Melancolia*" inicia seu texto dizendo que o luto, geralmente, é a reação à perda de um ente querido ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, quer seja um país, a liberdade ou o ideal de alguém. Embora envolva graves sofrimentos psíquicos além daqueles encontrados ordinariamente, o luto não é considerado patológico, pois supõe-se que, após certo tempo, seja superado (Freud, 1974 [1917-1915]).

Freud define o trabalho que o luto realiza da seguinte forma: o teste da realidade revela que o objeto amado não existe mais, exigindo que toda libido, outrora investida naquele objeto, seja prontamente retirada. Embora tal ordem não possa ser obedecida de imediato é executada pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, fazendo com que nesse meio tempo, a existência do objeto perdido seja prolongada psiquicamente. Dessa forma, no luto, a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho no qual o ego é absorvido. Um luto bem elaborado culmina com o resgate da libido que volta à disponibilidade para amar e investir no mundo. Portanto, um trabalho de luto bem-sucedido se inicia com a chamada prova de realidade, que consiste na constatação de que houve a perda (Freud, 1974 [1917-1915]).

Sandra Edler (2008) observa que se pode perder de várias maneiras: a morte, perda absoluta, separação, desistência, desaparecimento, exílio e que as perdas não se referem apenas a pessoas. Podem-se perder determinadas posições sociais e profissionais, assim como, bens, patrimônios, entre outros. A autora enfatiza que perder faz parte da vida, mas a maneira como cada um reage às perdas difere enormemente. A morte, por exemplo, impõe ao narcisismo um golpe significativo e esse confronto provoca uma tomada de posição e uma reorganização interna.

Importante salientar que no trabalho de luto, mesmo sabendo que o objeto amado não existe mais, se provoca uma forte oposição, visto que não se abandona de boa vontade uma posição libidinal mesmo que o objeto tenha sido perdido e algum substituto surja num horizonte de possibilidades. Isto quer dizer, que o abandono faz-se aos poucos, por partes, prolongando-se assim a existência do objeto perdido. O autor diferencia a perda objetal sofrida no luto da perda na melancolia. “[...] enquanto no luto é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio eu” (Garcia-Roza, 2004, p. 76).

Na melancolia o processo se assemelha em tudo ao luto, porém há uma distinção básica no que se refere à autorrecriminação, acompanhada de expectativa de punição exagerada. Freud sustenta ainda que a perturbação da autoestima, presente na melancolia, a difere do luto. No caso da melancolia, a dor referida a uma perda não é evidente: “ele sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência.” (Freud, 1974 [1917-1915], pp. 277-278, Vol. 14).

Freud reitera que a melancolia, portanto, toma emprestado do luto alguns dos seus traços, mas é assinalada por uma determinante que se acha ausente no luto normal. Uma parte do eu se contrapõe à outra, toma-a como objeto, julgando-a, conferindo-lhe uma sentença,

pois desenvolve a convicção de que é merecedora de alguma espécie de castigo. Há, na melancolia, uma identificação do eu com o objeto perdido (Freud, 1974 [1917-1915]).

Descrevendo o quadro da melancolia, Freud alertou para as situações de perda que podem desembocar num quadro melancólico. De acordo com Sandra Edler (2008),

> Se o sujeito, por uma razão ou outra, não consegue elaborar a perda, realizar o trabalho de luto, e desenvolve, a partir dela, um quadro melancólico, supõe-se que aquele objeto teria uma função de suporte, fornecendo um ancoramento sem o qual ficaria à deriva. A melancolia, de acordo com a proposta que estamos desenvolvendo, seria uma modalidade extrema de depressão. (Edler, 2008, p. 46).

Para Fenichel (1998), Freud comparou a depressão com o fenômeno do luto normal. Abreu (2006) relaciona na década de 1990 a depressão com a "doença do século", por se tratar de um mal dos tempos modernos. Sandra Edler (2008) pontua a condição de esvaziamento e perda de sentido que caracteriza os estados depressivos hoje em dia. Embora o luto e a depressão tenham alguns padrões semelhantes, Freud salienta que enquanto no luto a pessoa vê o mundo como pobre e vazio, na depressão a pessoa é que se sente pobre e vazia.

A depressão pode ocorrer devido a mecanismos múltiplos, sendo um deles um processo de luto não superado, diante de uma perda não reparada. Bleichmar (1989) classifica as depressões, de forma a categorizá-las como depressão narcisista, depressão culposa e perda simples de objeto. Segundo este autor, para aquelas depressões em que o centro não é a "tensão narcisista" nem o sentimento de culpa, se acredita que seja lícito classificá-las como "depressões pós- perda simples de objeto". Neste caso, o melhor exemplo constitui o luto normal pela morte de um ente querido. "Mesmo que em todo luto se passe por momentos em que há sentimentos de culpa, estes são microepisódios melancólicos dentro de um processo em que o central é o penar, porque o objeto já não está mais" (Bleichmar, 1989, p. 93).

Na depressão narcisista, a base sólida que a constitui se apoia nas funções de ideal, auto-observação e consciência crítica, que compara o ideal - o modelo – como ego considerado como real, ou seja, a representação que o sujeito faz de como ele é no plano dos valores. "No caso da depressão narcisista, a diferença entre o ego ideal – o modelo – e o ego considerado como real pode ser criada pelas metas elevadas ou pela desvalia do ego-representação" (Bleichmar, 1989, p. 95).

Na depressão culposa, o acento pode recair no estado do objeto ou no fato de que o sujeito se sente mau, por não cumprir um ideal narcisista de ser bondoso. Dessa forma, tal depressão tem um caráter muito particular, pois possui elementos tanto da depressão narcisista

como da perda simples de objeto, o que a coloca não como categoria em si, mas como a articulação das duas categorias citadas. No entanto, o elemento culpa é sempre presente, fato que não ocorre nos outros dois tipos de depressão (Bleichmar, 1989).

Resumindo a classificação de Bleichmar (1989): Depressão narcisista –elevado ideal narcisista (ego ideal), desvalia ego-representação (identificação com o negativo do ego ideal), agressividade da consciência crítica; Depressão culposa –elevado ideal de bem-estar do objeto e de não-agressão, ego-representação mau-agressivo (objeto danificado, sofrendo), agressividade da consciência crítica; Perda simples – elevado ideal de bem-estar do objeto (sadio, incólume, feliz), representação do objeto na posição do negativo do ideal (morte, infelicidade, etc.).

O luto é um processo, no qual o sujeito se confronta com a castração, diante de um limite, de uma impossibilidade diante da qual não pode ir adiante. Quando bem elaborado culmina com o resgate da libido. No entanto, o processo de elaboração do luto não é simples nem rápido e a experiência clínica mostra que obstáculos podem dificultá-lo e, numa hipótese extrema, pode acontecer um fracasso no processo de elaboração (Edler, 2008).

Portanto, compreender o luto, a depressão e o medo em mulheres com câncer de mama, é pensar nos prováveis processos desencadeantes dessa neoplasia. Franks (1990) faz menção a um “agente iniciador” que leva ao câncer e um “agente promotor” que proporciona a manifestação da doença. Salientou, no entanto, que um agente iniciador não leva de imediato ao aparecimento do tumor, da mesma forma que um agente promotor não provoca por si só o surgimento do câncer. Cita como agentes iniciadores os carcinógenos químicos, vírus, radiações, raios ultravioleta, erros de replicação de DNA, além da possibilidade de outros fatores ainda não conhecidos. Como agentes promotores sugerem os hormônios do crescimento, inflamações e o estresse. Dessa forma, a célula, onde ocorreu uma mudança, pode permanecer latente por um longo período até que atuem, sobre ela, agentes promotores que levem ao desenvolvimento do câncer. Seriam, então, essas emoções descritas ao longo da pesquisa, agentes promotores de estresse e, consequentemente, atuantes no desencadeamento do câncer de mama? Esta é a pergunta que pretende-se responder neste estudo.

6 MÉTODO

"Contra o positivismo, que pára frente aos fenômenos: "há apenas fatos", eu diria: não, propriamente fatos não há, ao contrário, só interpretações. Nós não podemos constatar nenhum fato "em si", é talvez um absurdo querer qualquer coisa do gênero."
(Friedrich Nietzsche)

Tendo como objetivo evidenciar as vivências emocionais de um grupo de mulheres no momento de vida em que descobriram que estavam com câncer de mama, a opção pela abordagem metodológica qualitativa revelou ser a mais apropriada. Entende-se que tal metodologia contemplará a proposta de buscar compreender o universo de significados subjetivos no processo de adoecimento destas mulheres.

A abordagem qualitativa tem como um de seus princípios a busca de compreensão dos fenômenos na perspectiva daqueles que o vivenciam, como apontam Ludke e André (1986). Conforme estes autores, uma vez que a perspectiva qualitativa é rica em dados descritivos e tem um plano aberto e flexível, favorece o enfoque da realidade de forma complexa e contextualizada. Assim, uma das principais características do método qualitativo é fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento (Víctora, Knauth & Hassen, 2000).

Minayo e Sanches (1993) argumentam que é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. Tal abordagem realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, sem, no entanto, redundar a uma compreensão do outro e da realidade a uma compreensão subjetiva de si mesmo. Segundo as autoras, o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: 1) elaborar suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelecer seus resultados; 2) inventar, ratificar seu caminho. Abandona, dessa forma, certas vias e toma direções privilegiadas.

Perrone (citado por Serapioni, 2000) assinala que a pergunta fundamental sobre um método, não se refere à sua veracidade, mas sim à sua utilidade para arar o terreno empírico que se tem pela frente. Tal afirmação considera que o pesquisador deve relacionar o juízo sobre o valor do método à fertilidade deste para aproximá-lo da realidade estudada. Sob esse aspecto, não existe método mais eficaz do que outro, mas o que mais se adequa às questões que estão sendo propostas no estudo, ou seja, "um bom método será sempre aquele, que

permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria" (Minayo & Sanches, 1993 p. 239).

Sérgio Luna (1988) evidencia alguns debates que tentam confrontar tendências teórico-metodológicas como se a verdade de cada uma pudesse ser atestada pela fragilidade da outra. Segundo este autor, "ao contrário, a força de uma abordagem teórico-metodológica é demonstrada pela sua resistência à crítica que se exerce contra ela mesma" (Luna, 1988, p. 74).

Ciente da complexidade em se escolher um método clínico, visto que este toca em algumas verdades do sujeito e pode provocar situações de difícil manejo, optou-se pela metodologia do estudo de caso nesta pesquisa. Entende-se que ele possibilita o aprofundamento na riqueza subjetiva dos sujeitos, assim como viabiliza a captação de determinados fenômenos considerados importantes para se alcançar os objetivos propostos aqui, sem, no entanto, negligenciar o rigor necessário da cientificidade.

6.1 METODOLOGIA DE ESTUDO

A pesquisa se caracteriza como um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, utilizando como metodologia o Estudo de Casos múltiplos incorporados conforme modelo sugerido por Yin (2005).

O estudo de caso tem como objetivo aprofundar o nível de compreensão de um momento que está sendo vivido por uma pessoa ou grupo de pessoas, com o intuito de analisar aspectos variados de sua vida.

Yin (2005) sugere a opção pelo estudo de caso, quando se pretende contribuir com o conhecimento que se tem de fenômenos individuais. Segundo este autor, a preferência pelo estudo de caso deve ser dada quando há o interesse de se estudar eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Ressalta ainda que esse modelo é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Stake (2000) sustenta que o que caracteriza os estudos de casos é o interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, que podem ser tanto qualitativos quanto quantitativos (Mazzotti, 2006).

Este método é mediado por uma visão humanista, oportunizando o conhecimento da experiência de vida através do emprego de narrativas que possibilitam a análise mais fiel das situações (Stake, 2000).

Mazzotti (2006) ilustra as possibilidades dos estudos de casos, que podem focalizar desde uma unidade (como os "casos clínicos" descritos por Freud), um pequeno grupo, uma instituição, um programa ou evento, até os casos múltiplos, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos ou várias instituições, por exemplo.

Os estudos de caso não têm como intenção buscar a incidência de um dado fenômeno, mas sua compreensão em nível mais aprofundado, de uma forma mais individualizada em contraponto com a generalizada. Dessa forma, analisa o que é mais peculiar a cada situação e sujeito, buscando correlações e características comuns (Silva, 2002).

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando, dentro de um caso único, se dá atenção a uma ou várias subunidades.

Projetos de casos múltiplos possuem vantagens e desvantagens distintas em comparação aos projetos de caso único. As provas resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto como sendo mais robusto (Yin, 2005).

6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo foi constituída por mulheres diagnosticadas com câncer de mama que estavam em consulta, tratamento quimioterápico e/ou acompanhamento psicológico (grupal) nas seguintes instituições: Hospital Universitário de Juiz de Fora – HU/UFJF e Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora – Ascomcer.

Inicialmente optou-se pelo Hospital Universitário para a constituição da amostra. A escolha obedeceu a critérios como o fato de ser um centro de referência para diagnóstico e tratamento de câncer de mama em Juiz de Fora, além da facilidade de acesso à instituição pelo

fato do orientador da pesquisa ser o representante do programa de residência em psicologia hospitalar na referida instituição.

O Hospital Universitário de Juiz de Fora constitui-se como centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora desenvolve, há mais de 40 anos, trabalhos na área de saúde, em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Após maior inserção no campo e realização de três entrevistas piloto, pôde-se traçar um perfil mais detalhado da instituição e chegar à conclusão de que para se obter o número desejado de entrevistas seria necessário buscar uma segunda instituição que disponibilizasse um número maior de pacientes. Como a grande maioria das pacientes do HU/UFJF, que vêm para consulta com o mastologista, reside em municípios vizinhos, a permanência das mesmas no hospital para a realização da entrevista (que demanda um tempo mínimo de uma hora) se tornou difícil. Por fazerem parte de um grupo sócio econômico pouco favorecido, um possível retorno à cidade de Juiz de Fora para a entrevista também era dificultada, na maioria dos casos, por fatores financeiros.

Como uma parcela considerável das pacientes diagnosticadas com câncer de mama no HU/UFJF são encaminhadas para o tratamento químico e radioterápico na Ascomcer, optou-se por este hospital como um segundo campo de pesquisa.

A Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora – Ascomcer, é uma entidade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, mantenedora do Hospital Maria José Baeta Reis. O hospital possui 66 leitos para internamentos, sendo que destes, 62 são destinados a pacientes oriundos do SUS. Também presta serviços ambulatoriais como: Radioterapia, Quimioterapia, Ultrassonografia, Mamografia, Raio X, patologia clínica, preventivo de câncer uterino e de mama.

Destas duas instituições foram selecionadas amostras *in loco*, de aproximadamente 15 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com idades entre 35 e 75 anos.

6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS PARTICIPANTES

Foram incluídas no grupo mulheres: 1) diagnosticadas com câncer de mama; 2) que concordem em participar do presente estudo.

Foram excluídas: 1) as que apresentem antecedentes psiquiátricos agudos, suspeita de déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios de comunicação que possam comprometer a interação com a pesquisadora;

6.4 INSTRUMENTOS

Constaram como instrumentos de coleta de dados: convite e entrevistas semiestruturadas (Apêndice A).

Com a finalidade de afinar o instrumento de coleta de informações foram feitas entrevistas piloto que possibilitaram verificar a adequação do instrumento.

Tanto o roteiro de entrevista, quanto uma das entrevistas piloto contendo análises parciais, foram submetidas à análise na etapa de qualificação.

6.5 PROCEDIMENTO

O início deste trabalho se deu com a elaboração de um projeto de pesquisa e posterior aprovação pelo professor orientador. Em seguida, foi dada entrada no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/UFJF no dia 14/02/2011 sob o número 016-420-2011, tendo sido aprovado no dia 28/02/2011 com o parecer número 037/2011 (Anexo A).

A pesquisadora fez uma primeira visita no Hospital Universitário de Juiz de Fora – HU/UFJF acompanhada do orientador, com o objetivo de solicitar ao médico chefe do serviço de ginecologia permissão para realização da pesquisa, comprometendo-se a retornar os resultados para a equipe no final da pesquisa.

Após a aprovação do projeto comitê de ética e pelo chefe do serviço de ginecologia da instituição supracitada deu-se início, efetivamente, o trabalho de campo.

Foi feita, inicialmente, uma reunião com a psicóloga do hospital, no sentido de familiarizar a pesquisadora com os trabalhos desenvolvidos no campo. Posteriormente, optou-se por se iniciar o campo nas manhãs de quarta-feira, que são os dias em que o médico responsável pelo serviço realiza as consultas no hospital.

As pacientes eram atendidas pelo médico responsável e ao saírem da sala eram abordadas pela pesquisadora, que em uma conversa inicial via a possibilidade e o desejo das mulheres em fornecerem uma entrevista. Devido à dificuldade em se obter salas vazias nas manhãs de quarta-feira, precisou ser marcado um dia alternativo para a realização das entrevistas. Como, explicitado anteriormente, muitas pacientes vêm das regiões adjacentes e municípios vizinhos e têm que retornar com o carro da prefeitura no mesmo dia da consulta, se optou por anotar os registros telefônicos das mesmas com o intuito de se agendar um horário quando elas retornarem para a próxima consulta, fato que dificultou a realização de algumas entrevistas. Algumas marcaram e não compareceram.

Além disso, as enfermeiras que acompanham o médico chefe do serviço de ginecologia, iniciaram no mês de agosto de 2011 um livro de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) onde consta todas as cirurgias realizadas com os respectivos contatos das pacientes. Tal registro facilitou o acesso às pacientes através de contato telefônico.

No hospital Ascomcer, o processo se deu a partir da aprovação do diretor da instituição da realização da pesquisa.

Foi agendada uma conversa com as duas psicólogas da instituição a título de reconhecimento do funcionamento do hospital e dos horários de grupo em que as pacientes são assistidas por uma das psicólogas. Às quintas-feiras acontece um grupo de apoio com mulheres que tiveram o câncer de mama onde a pesquisadora fez um primeiro contato com o grupo para saber da disponibilidade de tais mulheres participarem das entrevistas.

Todas as visitas realizadas em ambos os hospitais, com suas intercorrências, foram registradas em um diário de campo.

As coletas na Ascomcer se iniciaram no mês de dezembro de 2011.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C), após serem informadas de todos os aspectos que envolviam sua participação na pesquisa[5].

[5] A existência de dois TCLEs se deve, exclusivamente, a uma exigência do comitê de ética que pediu que as mulheres a partir dos 60 anos, obtivessem a assinatura de um responsável, por serem consideradas idosas.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

A pré-análise do material transcrito foi feita através de uma leitura flutuante das entrevistas, transcritas integralmente e depois desgravadas, com o intuito de familiarizar a pesquisadora com o material.

Em seguida, evidências do problema em estudo serão buscadas, a partir da construção de unidades de análise (Yin, 2005).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

"Ora, mas eu não sei nada de você! Eu sei disso e é por isso que eu te ofereço a chave de mim. Não sei se posso, ainda que queira. E quem mais sabe qual a decisão, além de você? Você me oferece uma chave que não tem cópia? Ainda que justa, essa é uma pergunta que não deve ser feita a quem lhe estende a mão em convite. Mas veja que a chave está por dentro da porta, percebe? Entre quando e se quiser porque eu já abri…"

(Sérgio Freire)

Métodos qualitativos fornecem dados muito significativos e densos, mas também, por vezes, complexos de serem analisados. Findas as entrevistas o material precisa ser organizado e categorizado segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos de acordo com os objetivos da pesquisa.

Neste capítulo são apresentados os dados coletados e organizados de acordo com as unidades de análise seguidas das respectivas análises e discussão dos resultados. No trabalho analítico espera-se ter o olhar e a sensibilidade repousados na teoria que opera como um fio condutor, orientando o caminhar dentro do complexo universo humano.

Com o intuito de se tecer a complexa rede de significados partiu-se dos estudos de casos onde se procurou, através de entrevistas, uma aproximação do universo das mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama. Buscou-se aqui compreender o que foi vivenciado no período de 12 meses anteriores à descoberta do câncer de mama e se as emoções contidas nas vivências, de alguma forma, contribuíram como agentes estressores no desencadeamento da neoplasia. Conforme foi discutido em capítulo anterior, os fatores emocionais são, hoje, um dos agentes considerados desencadeantes dos processos patológicos do câncer.

Da análise dos dados, tratou-se de produzir resultados e explicações com o grau de abrangência e generalização possíveis dentro do microuniverso investigado, a partir de elementos convergentes das teorias de suporte, de forma a poder construir uma ponte com universos sociais mais amplos.

7.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO

De modo geral, durante a realização de uma pesquisa algumas questões são colocadas de forma imediata e pontual, enquanto outras vão aparecendo no decorrer do trabalho de campo.

A pesquisa presente se iniciou no Hospital Universitário de Juiz de Fora –Unidade Dom Bosco e se expandiu para o Hospital Ascomcer em um segundo momento. Ressalva-se aqui o pronto acolhimento por ambas as instituições com relação à realização da pesquisa. Foram criados vínculos afetivos com os profissionais das instituições, como pessoal da enfermagem, serviço social e psicologia, o que facilitou o acesso às pacientes e promoveu uma sensação de bem-estar que é vital para um bom estabelecimento de uma relação de trabalho mais humanizada.

No hospital HU, onde a pesquisa se iniciou, o contato com o médico mastologista responsável pelo atendimento às mulheres com câncer de mama se deu através do intermédio do orientador dessa pesquisa. O médico responsável se disponibilizou gentil e prontamente a ajudar com a pesquisa e à medida que as pacientes iam sendo atendidas por ele, ficavam disponíveis para serem entrevistadas. No entanto, como a maioria vinha especialmente para a consulta e eram, originalmente, de cidades vizinhas precisavam voltar para a cidade no mesmo dia com o carro da prefeitura. Tal fato restringiu o acesso às mulheres, visto que a grande parcela vinha de fora. Optou-se, então, por entrevistar as pacientes de Juiz de Fora. Como o número de pacientes entrevistadas não atingiu o número que foi determinado, partiu-se para a Ascomcer, inclusive por sugestão de uma enfermeira do HU que nos informou que as pacientes eram encaminhadas para lá para fazerem a quimioterapia.

O campo no hospital Ascomcer possibilitou um acesso mais rápido às entrevistadas, uma vez que elas, apesar de virem de cidades vizinhas, compareciam todas às quintas-feiras para o encontro grupal promovido pela psicóloga e assistente social. A pesquisadora foi introduzida no grupo no primeiro dia pela psicóloga responsável para apresentar o objetivo da pesquisa e perguntar quem gostaria de participar. De imediato várias mulheres se dispuseram a contribuir para a pesquisa e foram agendadas as entrevistas. As mesmas transcorreram sem maiores imprevistos, salvo algumas faltas e três entrevistas que, por dificuldade em se ter uma sala disponível no hospital, foram realizadas na capela do hospital que se encontrava disponível no momento da entrevista. Por ser um lugar tranquilo e silencioso, ofereceu as condições adequadas para um diálogo.

Foram realizadas ao todo 15 entrevistas sendo que dessas 15, uma delas, indicada pelo médico do HU, foi desconsiderada por terem ocorrido muitas interrupções. A paciente estava na véspera de realizar a cirurgia na mama e foi abordada durante a entrevista por profissionais que precisavam realizar alguns exames pré-cirúrgicos. Optou-se, então, por desconsiderar essa entrevista, também por se achar que ela se encontrava em um momento de extrema fragilidade por proximidade da cirurgia e isso constituir um viés na entrevista. Foi desconsiderada também a gravação de uma entrevista feita na Ascomcer devido ao excesso de barulhos referentes a uma obra que estava sendo realizada perto do salão onde as entrevistas eram realizadas. Nesse dia estavam agendadas mais duas entrevistas, que foram remarcadas para outro dia. Duas pessoas faltaram à entrevista na Ascomcer, uma justificada por impossibilidade de comparecimento da pessoa e outra sem justificativa. As duas foram substituídas. Ao todo, então, foi alcançado um universo de 13 entrevistas.

Visando preservar o sigilo quanto à identidade das mulheres entrevistadas, optou-se por se usar a inicial E referente à palavra entrevistada e os números 1 ao 14 referentes à ordem das entrevistas realizadas. Dessa forma, a primeira entrevistada será chamada de E1 e assim por diante. Ressalva-se aqui que as entrevistas 3 e 15 foram desconsideradas como exposto acima.

7.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foi a leitura cuidadosa e intensiva das entrevistas que possibilitou identificar, nos conteúdos relatados pelas mulheres entrevistadas, as emoções de medo, luto e depressão como prováveis agentes estressores no processo de adoecimento. É importante destacar que algumas dessas emoções foram mencionadas pelas próprias entrevistadas como estressoras e contribuintes no desenvolvimento do câncer de mama. Algumas delas usaram o termo “câncer psicológico” ou “o meu câncer foi emocional” se referindo a possíveis agentes emocionais no desencadeamento da doença. Os demais eventos e as emoções decorrentes deles foram levantados com base nos discursos de acordo com os significados neles expressos.

A análise permitiu a construção de três unidades de análise, que serão aprofundadas a seguir.

7.2.1 Unidades de análise

Como as emoções compõem um vasto universo, nomeá-las nem sempre é fácil e muitas vezes o sujeito se vale de expressões populares ou que fazem parte de seu universo particular para se referir ao que sente. Optou-se aqui por se usar a expressão na íntegra, através dos relatos em verbetes, o que nos aproxima mais do universo vivido por estas mulheres.

Conforme articulado anteriormente, existe uma série de reações fisiológicas que podem se manifestar no organismo quando este é submetido ao estresse acionado pelas emoções. O medo foi uma emoção que apareceu de forma muito pronunciada em todas as entrevistas. Nas treze entrevistas realizadas, a expectativa temerosa foi percebida francamente em dez casos, os ataques de pânico em dois e a fobia em um caso.

Com relação ao perfil das entrevistadas apresenta-se a seguinte configuração: 1 entrevistada de 39 anos, 6 na faixa etária de 40 a 50 anos, 5 na faixa etária de 50 a 60 anos e uma de 62 anos; 6 casadas, 4 separadas e 3 solteiras; 9 cursaram até a 4ª série, 3 até a 8ª série e 1 com ensino superior completo.

Introduz-se, então, a primeira unidade de análise:

7.2.1.1 Unidade 1 de análise

Análise dos casos onde o medo esteve presente como estressor psíquico no processo de desencadeamento do câncer de mama.

Compõem-se aqui, para análise, fragmentos de relatos onde a expectativa temerosa se fez presente no discurso das entrevistadas:

> *Igual eu te falei, a doença da minha mãe né (a mãe teve um sarcoma na perna). Tinha medo dela morrer. Vai que ela desmaia e bate com a cabeça em alguma coisa né? Apesar dela tá com câncer e não ter ido pra outros órgãos, ela poderia cair e bater a cabeça, alguma coisa. Eu ficava com medo [...] Porque igual eu te falei, eu sou muito ansiosa, eu fico imaginando*

> *assim as coisas que podem acontecer, que possa voltar alguma coisa.* (E1, 47 anos, casada, 2º grau incompleto).

> *Eu moro aqui, mas a minha cabeça vive lá (se referindo à mãe que mora em outra cidade). A casa lá é grande. A gente quer mais vender a casa, primeiro porque é muito grande e ela não tem segurança nenhuma dentro da casa entendeu? A gente morre de medo disso também, de acontecer alguma coisa com ela sozinha lá dentro.* (E4, 50 anos, casada, 2º grau completo).

> *[...] medo de perder a minha mãe eu tenho. Tenho medo de perder ela. Ela cismou de parar de tomar remédio e ninguém convence ela de tomar. [...] Eu preocupo demais com ela. Ela se preocupa comigo, quando eu tenho algum problema e eu preocupo com ela.* (E5, 39 anos, solteira, 2º grau incompleto).

Ressalta-se que, apesar de existir uma situação real de doença geradora de preocupação, a expectativa temerosa se mescla a essa realidade. Segundo Freud (1976 [1926-1925]), o que define a existência de um elemento neurótico na presença ou eminência de um perigo é o excedente de ansiedade, ou seja, o excesso de medo e preocupação na presença de um fato real é o termômetro que acusa a expectativa temerosa.

Esse excesso de preocupação e de ficar imaginando que coisas ruins podem acontecer apareceu de forma bastante clara em vários relatos:

> *Sempre fui muito responsável, muito preocupada com tudo, sabe?[...] Então eu acho que isso tudo contribui muito sabe?(para o aparecimento do câncer) Eu nunca tenho tempo pra mim, a minha vida é trabalhar muito e o tempo todo preocupação, é com trabalho, é com casa, é com filho sabe?* (E2, 43 anos, separada, 2º grau incompleto).

> *Num tinha uma novela que ele era de outra religião, que ela teve que raspar a cabeça, que ele largou ela também porque ela tinha coisa (câncer)? Que o primo dele ficou com ela, uma confusão assim. Aí, tava passando aquela novela sabe? Aí eu falei assim, misericórdia, se acontece isso comigo eu ia ficar muito triste. Raspar esse cabelo bonito...Aí tá. Aí eu peguei e fui tomar banho né [...] Aí peguei e coloquei minha mão assim sabe? (mostrando o seio). Aí quando eu coloco a mão assim eu digo, ué, tem um caroço?Menina, como é que pode uma coisa? [...] Se você tá pensando numa coisa, você fica*

> *pensando naquilo. [...]Você sabe que coisa ruim atrai coisa ruim.* (E6, 45 anos, separada, 2º grau incompleto).

> *Tinha dia que nem almoçava por causa do serviço, aquela correria, aquelas preocupação, aqueles medo." A entrevistadora pergunta medo de que? "Ahhh, da vida né? De ficar desempregada, não ter como comprar as coisa pra minha filha, pagar aluguel. Então aquilo tudo ficava igual a um fantasma né? Tudo na cabeça da gente. Aborrecimento no serviço [...] Às vezes nem tinha acontecido e eu já tava com aquilo na minha cabeça. Não tinha sossego sabe?* (E12, 41 anos, casada, 2º grau completo).

O medo, muitas vezes, é interpretado como um medo normal, sem que se faça alguma associação com experiências internas. No entanto, o medo que não se vincula a uma situação ou objeto reais, se associa à construções psíquicas traumáticas e histórias internas vividas que são inconscientemente e entendidas como uma ameaça.

> *Tenho medo assim, é... um medo que todo mundo tem: por exemplo: minha mãe ficar doente e eu num poder cuidar, poder dar tratamento, apesar que aqui é ótimo para tratamento entendeu? Então, medo normal de todo mundo.* (E14, 51 anos, solteira, 2º grau completo).

Nas entrevistas E8 e E13 aparece o medo sob a forma de ataques de pânico e na E8 sob a forma de fobia também.

> *Eu sou muito medrosa, sempre tive muito medo da lei, de polícia, dessas coisas" [...] "Isso que eu sentia, eu acho que foi uma das coisas que desencadeou o câncer, com certeza, porque tinha uma outra coisa, o suor frio. Era uma sensação engraçada, parece que seu corpo sai de você. E isso me fazia muito mal, era uma sensação muito ruim e medo. Medo descomunal, tudo eu ficava pensando pra fazer, dez mil vezes eu ficava pensando, tinha medo de tomar iniciativa até pra comer.* (E8, 56 anos, divorciada, superior completo).

> *[...] eu tenho síndrome do pânico. Sabe, eu tomo remédio pra síndrome do pânico hoje [...] Ah, eu sempre tive medo. Tuuuudo que acontecia comigo, eu já pensava que é isso ou aquilo sabe? Aquele pânico, aquele medo, ficava*

> *desnorteada, sempre tive medo de doença. Não podia falar numa doença que eu já achava que tava com aquilo, nosso Deus! Eu parei até de fazer unha pra fora, porque toda doença que surgia eu tinha medo [...] e assim eu fui ficando, num ponto que eu não saía mais de casa, comecei a ter uma fobia social.* (E13, 45 anos, casada, 2º grau completo).

Fica evidente nos relatos, portanto, que o medo apareceu em decorrência de situações de vida experimentadas, algumas reais, como a doença de alguém da família, algumas construídas a partir do universo psíquico de cada uma e das vivências traumáticas vividas.

Freud (1976 [1917-1916]) relatando sobre o medo, diz da preparação para o perigo onde há um aumento da atenção sensória e da tensão motora. Tal estado de preparação expectante alerta o organismo para reações de fuga ou defesa ativa.

Relembrando o que expôs Le Doux (1996), o medo é um dos eventos que mais desencadeia reações em nosso organismo e, por esse motivo, também é considerado um dos eventos mais estressores. É uma emoção que coloca o organismo em um estado de alerta constante, provocando uma descarga adrenérgica que aumenta uma série de atividades fisiológicas.

Dessa forma, as experiências subjetivas, algumas de ordem traumática, acionam o medo como defesa psíquica, desencadeando no organismo reações fisiológicas de estresse, que serão tratadas na terceira unidade de análise.

Além do medo, considerou-se também na pesquisa as situações de luto e depressão como prováveis estressoras psíquicas no desencadeamento do câncer de mama.

O luto foi citado em oito casos como decorrente de processos de perda por morte, cortes estabelecidos nas relações parentais, mudança de cidade ou separação de cônjuges e em três deles, a depressão se manifestou de forma contundente a partir de situações de luto.

Estabelece-se, portanto, a segunda análise:

7.2.1.2 Unidade 2 de análise

Análise dos casos onde o luto e a depressão estiveram presentes no processo de desencadeamento do câncer de mama.

As questões que surgem na vida a partir de mudanças bruscas, da separação, da ruptura de laços e da impossibilidade de retrocesso se colocam como imperativas.

Várias dessas situações foram citadas em oito entrevistas, porém não se pode dizer com precisão em todos os casos que o luto, por si só, foi o estressor psíquico, pois esteve relacionado a outras emoções e situações que se conjugaram. Este entrelaçamento será abordado, quando alguns casos forem aprofundados no próximo item.

Alguns lutos aconteceram fora do período pesquisado (doze meses anterior ao diagnóstico do câncer de mama), mas foram considerados como dados importantes, pois os desdobramentos advindos dele influenciaram de forma evidente acontecimentos posteriores. Em três casos, o processo de luto desencadeou uma depressão.

> *[...] Ah, em 96 eu perdi meu irmão (muito emocionada). Ele sofreu um acidente, um ônibus fechou ele, ele bateu no poste morreu na hora. [...] Aí vim pra cá e comecei com essa correria, nem cuidava de mim. Só ia no médico, uma vez por ano, mas alimentar bem, dormir bem, num fazia isso não. E ficava pensando também né, que meu irmão tinha morrido, sentia falta dele; aí a gente vai juntando tudo. Tinha que estourar em algum lugar né?* (E12, 41 anos, casada, 2o grau completo).

> *Aí eu reformei aquele quartinho que era pra mim alugar e ter um ganho, uma coisa certa [...]pra não depender de ninguém, cê tá entendendo? [...] Aí, aconteceu que depois que eu arrumei tudo direitinho, o meu irmão [...] se envolveu com gente que num vale nada [...] Então a cozinha que eu refiz tudo, o lugar que eu tinha, o aluguelzinho que eu tinha, assim era pouquinho, mas era um certo pra eu não passar fome, aí eu perdi isso de uma veizada só (chorando). Então eu comecei a ter depressão psicológica, muita pressão [...] Aí a depressão começou aí*. (E13, 45 anos, casada, 2o grau completo).

> *Olha, antes deu mudar pra cá, nossa eu era baladeira (rindo) [...] Aí quando meu pai morreu, ele era muito conhecido na cidade. Meu pai morreu muito rápido, ele internou, depois de um mês ele morreu. [...] Aí, a minha mãe começou a ficar muito...é...teve depressão e síndrome do pânico. E você, já teve síndrome do pânico?" Olha, ano passado, eu fiquei uns dois meses sem vim aqui, eu acho que tava começando a entrar na depressão, mas como*

> *pobre não pode ter depressão (rindo), pobre tem que correr pra trabalhar.* (E14, 51 anos, solteira, 2º grau completo).

Além das perdas pela morte ou separação, o luto é um processo que também pode ser iniciado por uma ruptura desencadeada a partir de uma situação de perda real ou simbólica de uma pessoa com quem se tem vínculos de afeto e/ou dependência emocional. O luto pode ser vivenciado segundo Bowlby (2004), a partir um afastamento da pessoa amada pela qual se tinha um comportamento de apego, o que pode ser confirmado pelos relatos:

> *Tristeza, é igual eu te falei, minha família longe, num tem ninguém aqui. [...] Eu sinto muita falta da minha família né. [...] depressiva só assim quando batia saudade né, porque se eu ficasse mais de dois meses sem ir lá (na casa da mãe). [...] É mais assim, eu fico enjoada, porque não tenho família por perto.* (E1, 47 anos, casada, 2o grau incompleto).

> *Eu perdi meu pai, daí dois anos eu perdi minha irmã, aí começaram as complicações com meu irmão (o irmão é dependente químico). [...] porque minha mãe não mora aqui, mora em Ipatinga. Eu tenho uma irmã que mora em Coronel Fabriciano e um irmão que mora em Timóteo. E eu tinha uma irmã que faleceu, com 50 anos [...] e era ela que olhava a minha mãe. A gente tinha muita ligação. Porque foi assim, nós duas passamos a adolescência juntas né?* (E4, 50 anos, casada, 2º grau completo).

Percebeu-se nos relatos de casos de luto, a partir do afastamento de uma pessoa com quem se tinha uma relação de afeto/apego, que tal separação parece ter colocado os sujeitos em situação de desamparo psíquico. Conforme articulado por Freud (1976 [1917-1916]) na segunda teoria de *Angst*, seria esse desamparo psíquico que acionaria as defesas do organismo através do medo.

O luto não elaborado a partir de um processo de separação conjugal foi associado ao aparecimento do câncer de mama por uma entrevistada:

> *E aí a gente se separou em 2003, antes da primeira cirurgia, foi em julho. Ele falou que ia me largar porque ele falou que eu tinha outra pessoa. [...] O câncer de mama, ele é muito focado pra isso, sabe, relação mal resolvida no casamento, entendeu? [...] Quando você tá numa relação de turbulência,*

> *sabe? Aí eu vejo, de certa forma, que pode ter sido isso, que chegou a esse caso de câncer de mama. Se na família nunca ninguém teve...* (E11, 62 anos, separada, 2o grau incompleto).

Nas duas unidades de análise avaliadas, é manifesta a existência de situações de vida conturbadas e geradoras de afetos e emoções conflitantes no período em que o câncer de mama foi descoberto. Fica evidente que o medo encontra-se, significativamente entrelaçado a outras vivências, sejam elas físicas ou psíquicas e a outros sintomas e sentimentos presentes na vida dessas mulheres.

Todas as entrevistadas relataram sintomas de estresse e alterações fisiológicas no período em que vivenciavam algum conflito, porém nem todas souberam precisar a partir de que emoção o estresse era acionado. Serão consideradas, então, na unidade seguinte as associações feitas pelas próprias entrevistadas.

7.2.1.2 Unidade 3 de análise

Associações feitas pelas entrevistadas entre o surgimento do câncer de mama e o estresse sentido a partir das emoções que estavam sendo vivenciadas no período investigado.

Quando indagadas se sentiam algum dos sintomas de estresse na época em que o câncer apareceu todas elas responderam positivamente (item G. da entrevista - Apêndice A), o que dá força à hipótese de que, numa doença multifatorial como o câncer, as emoções podem participar como fatores estressores relevantes, merecendo a atenção dos especialistas que trabalham nessa área da saúde.

Os sintomas de taquicardia, alteração da pressão arterial e insônia foram os que mais apareceram. Apesar da alteração da pressão arterial ter sido uma constante, na maioria dos casos, apareceu no período anterior aos doze meses pesquisados, constando como uma condição já instalada há bastante tempo. A taquicardia foi citada em oito casos e a insônia em dez casos, quase sempre associadas ao excesso de preocupação ou expectativa temerosa já tratada em outra categoria desta pesquisa. A dispneia e a sudorese foram citadas em dois casos; a fadiga e dores corporais em oito casos, mas como decorrência do processo quimioterápico e do uso do Tamoxifeno que é uma droga administrada, na grande maioria dos

casos, por cinco anos após o término do tratamento para se evitar a recidiva, causando uma série de efeitos colaterais e, nesse caso, não foram consideradas.

Segue abaixo as relações feitas pelas próprias entrevistadas com relação ao momento em que os sintomas de estresse emergiram.

E1 que acusou sentir os seguintes sintomas de estresse: elevação da pressão arterial (hipertensa desde os 35 anos de idade), taquicardia e dores de cabeça e fez a seguinte associação:

> *Taquicardia quando eu faço esforço né? Fico muito cansada, mais agora com o tratamento. Dores corporais eu já tinha e agora também. Eu tenho problema de coluna né? Tudo mexe quando a gente tá passando por momentos mais difíceis como eu te falei da minha mãe né.* (E1, 47 anos, casada, 2o grau incompleto).

A hipertensão já existia há mais tempo, mas a taquicardia e as dores de cabeça foram associadas ao momento em que estava vivenciando os problemas com a mãe.

E2 apresentou os seguintes sintomas: insônia, dor de cabeça, fadiga, associados aos seguintes momentos:

> *Quando eu fico nervosa, fico muito ansiosa, inclusive esse remédio que tô tomando (Sertralina) pra ansiedade não tá ajudando muito não.* (E2, 43 anos, separada, 2o grau incompleto).

Sintomas de E4: elevação da pressão arterial (hipertensa desde os 39 anos), insônia. Associação feita:

> *Se é quando eu fico nervosa ou não, eu ainda não observei isso não. Quando eu tô nervosa, preocupada eu costumo perder o sono sim.* (E4, 50 anos, casada, 2o grau completo).

E5 sentia taquicardia, sudorese, fadiga, dores de cabeça, insônia. Fez a associação:

> *Ah, igual eu te falei, lá em casa é tudo eu, então a mãe passa mal, meu coração dispara, fica ruim né, num fica legal. Nada fica bom, cê fica imaginando o que pode acontecer [...] Ah sim, dor de cabeça, a cabeça fica*

> *ruim, nossa. [...] Se eu não dormir bem, é porque eu tô preocupada com ela (mãe). Não tem como você ficar sem aquela ansiedade sem saber o que tá acontecendo, como ela tá.* (E5, 39 anos, solteira, 2o grau incompleto).

Quanto a E6, os sintomas foram os seguintes: taquicardia, dispneia, sudorese, alteração da pressão arterial, insônia. Associou a:

> *Eu sinto calor, começo a suar. Aqui, eu tenho muita ansiedade, agora melhorou um pouco, mas eu sinto calor, aí eu tiro a blusa, aí daqui a pouco eu sinto frio, entendeu? [...] Ah, quando você tá querendo alguma coisa, quando você não consegue sabe? Tipo assim, você fica imaginando aquilo, matutanto aquilo e você não tá vendo aquela pessoa e você quer ver e não consegue, entendeu?* (E6, 45 anos, separada, 2º grau incompleto).

Nos caos de E5 e E6 os sintomas aparecem associados ao excesso de preocupação, ou seja, à expectativa temerosa.

Sintomas de estresse percebidos por E7: taquicardia, alteração da pressão arterial, dores corporais, dores de cabeça, insônia. Não associou ao período anterior à descoberta do câncer de mama. Acha que os sintomas são posteriores ao surgimento da doença. No entanto, relaciona a alteração da pressão com o estado emocional.

> *Eu associo à doença, porque antes eu não tinha. O coração disparando foi quando começou a ansiedade, sabe? [...] Pressão alta tive agora, por estado emocional depois do câncer.* (E7, 51 anos, casada, 2º grau completo).

E9 apresentou os sintomas de fadiga, taquicardia, dores corporais, dores de cabeça, mas também não os associou ao aparecimento da doença.

> *Se eu comer doce me dá dor de cabeça. Com o tempo eu fui sabe, é... assim, fazendo o teste comigo mesma. Se eu como doce, no dia seguinte posso contar que eu tô com dor de cabeça. Agora, o coração eu não sei explicar. Agora, o cansaço eu fico muito cansada, porque realmente eu tô pesada.* (E9, 47 anos, casada,2º grau completo).

E10 acusou somente fadiga e dores corporais, mas não fez nenhuma associação.

Os sintomas de E11 foram sudorese, alteração pressão arterial, fadiga, dores corporais, insônia. Associou aos seguintes acontecimentos:

> *Eu quando eu tô estressada, minha pressão dá uma alavancada. Às vezes o açúcar altera um pouquinho na minha glicose, mas volta ao normal depois, não faço tratamento de nada disso. Mas quando alguma coisa me chateia sabe, é, mas isso é momentâneo entendeu? [...] Insônia eu costumo ter quando eu fico preocupada com alguma coisa. Se eu tenho que fazer alguma coisa ou alguma coisa que eu fiquei sabendo de doença de alguém. Aí eu fico preocupada e acabo perdendo o sono.* (E11, 62 anos, separada, 2º grau incompleto).

E12 apresentou taquicardia, dispneia, fadiga, dores corporais, dores de cabeça, insônia, associados a:

> *O coração dispara, vem aquela angústia assim na gente, vem suor... já senti isso. Começa a tremer, isso tudo. Quando eu ficava preocupada ou quando alguém me chateava. Eu ficava tão nervosa, que eu acho que atacava o fígado, que eu passava mal. Tudo que eu comia tinha que por pra fora. Minha boca amargaaaaava e eu num podia comer nada. Se eu tivesse acabado de almoçar e alguém me fizesse raiva em mim ou alguma coisa me chateasse, aquilo começava, aquela comida, enquanto eu não botava pra fora, não fazia digestão. Eu sentia isso.* (E12, 41 anos, casada, 2o grau completo).

Taquicardia, fadiga, dores corporais, dores de cabeça, insônia foram os sintomas listados por E14 e relacionados ao seguinte:

> *Taquicardia só quando eu tô muito irritada. Nossa, tenho vontade de socar a cabeça da minha mãe, de vez em quando. [...] Ó, é assim, quando eu estou estressada eu esqueço até da dor. O estresse é tanto que eu esqueço que tá doendo aqui, tá doendo ali, porque quando eu fico estressada, eu fico muuuuuito irritada. Eu falo: mãe do céu, sai da minha frente, vontade de socar...ai,ai (rindo).* (E14, 51 anos, solteira, 2º grau completo).

Percebe-se que o estresse foi sentido por todas as entrevistadas a partir de momentos conflitantes ficando evidente o impacto que ele gera no organismo.

Nos casos E8 e E13 a associação do pânico como estressor psíquico e o desencadeamento do câncer foi feita pelas próprias entrevistadas:

> *Primeiro quando eu vivia o estresse lá no jogo do bicho, parecia que meu cérebro desligava. Eu tinha que prestar muita atenção, não podia perder um número, então eu ficava com medo [...] Isso que eu te falei, minha cabeça, parece que eu tô de espectadora numa tela de cinema. Era essa a sensação que eu tinha. E outra coisa, meu coração disparava e eu ficava doida pra sair, parecia que eu tava sufocando. [...] aí eu dormia e a noite inteira eu sonhava com isso, dormia mal. Isso que eu sentia, eu acho que foi uma das coisas que desencadeou o câncer, com certeza, porque tinha uma outra coisa o suor frio.* (E8, 56 anos, divorciada, superior completo).

> *Ahhh, eu tremia muito quando tava com pânico. Eu pulava em cima da cama, pulava em cima da cama, não conseguia desligar direito [...] Eu sentia vômito, o medo me dava vômito, dava náusea, cê entendeu? Eu sentia assim, vômito quando vinha assim aquele medo. Psicológico né? Atacava meu psicológico né? Eu sentia isso. Insônia; demais, demais.[...] Eles falam que tem tudo a ver né? Como eu sempre fui muito deprimida, muito angustiada, também me sentia muito rejeitada pela minha família, pode ser...num sei. [...] Que dizem que nosso organismo, todo mundo tem isso, só que uns desenvolvem outros não. [...] Pode ser sim, que isso tudo me abalou muito e eu não tive equilíbrio, minha fé abalou. [...] Eu creio que depois da depressão é que apareceu mesmo! Foi a depressão que acusou.* (E13, 45 anos, casada, 2º grau completo).

Além dos sintomas listados na pesquisa, o tremor foi citado pelas entrevistadas E12 e E13 e o vômito pela E13, que parecem ser sintomas relacionados ao medo.

7.3 ENTRELAÇAMENTO DAS EMOÇÕES

Conforme articulou Yin (2005), o estudo intensivo de casos permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma. As análises e inferências feitas por analogias de situações respondem principalmente às questões por que e como.

Na construção dos objetivos específicos, pensou-se nas emoções de medo, luto e depressão como categorias separadas. No entanto, ao longo do relato das entrevistadas percebeu-se que tais emoções se cruzaram havendo uma conexão entre elas. Nos três casos onde a depressão apareceu, ela esteve associada ao luto e ao medo e nos oito casos onde o luto apareceu, o medo também esteve presente. Observa-se, dessa forma, que as emoções descritas nessa pesquisa estiveram presentes de forma articulada no processo de adoecimento pelo câncer de mama.

Visando demonstrar tais vinculações, apresenta-se aqui o estudo de três casos específicos. Alguns apresentam mais detalhes que outros, devido à particularidade das entrevistadas. Umas foram mais cooperativas e até se sentiram honradas em falar de suas histórias, outras foram mais reservadas e se restringiram a responder as perguntas feitas. Ressalta-se, ainda, que alguns trechos citados nos casos, já foram citados nas unidades de análise, porém aqui serão mais esmiuçados e detalhados.

7.3.1 Estudo de caso E8

O primeiro estudo de caso refere-se a uma mulher de 56 anos, divorciada, uma filha, ensino superior completo e entrevistada no hospital Ascomcer.

Foi diagnosticada com câncer de mama em 2008, quando estava com 53 anos. Fez quadrantectomia na mama direita.

O destaque para o presente caso se deve ao fato de essa entrevistada apresentar relatos de episódios de lutos, seguidos de depressão e medo profundo. Como E8 narrou com detalhes várias passagens de sua vida, onde tais emoções aparecem de forma bastante clara, constitui-se como um caso relevante a ser aprofundado.

E8 teve um primeiro casamento com quem teve sua única filha e no qual viveu uma situação de traição do marido, levando a uma separação. Ficou sete anos com esse primeiro

marido. Apesar de ser formada nas faculdades de sociologia, direito e letras, não exerceu nenhuma das três profissões e trabalhava, nessa época, em uma empresa telefônica.

Após o divórcio, casa-se novamente com um ex-namorado e muda-se de cidade, pedindo demissão do emprego. No entanto, vive um casamento conturbado com esse segundo marido, de quem diz não gostar muito, quando descobre que ele possui problemas psiquiátricos. Permanece casada sete anos, mas acaba por separar-se novamente e retorna para Juiz de Fora.

Quando retorna para Juiz de Fora, relata viver momentos de estresse, pois estava desempregada e precisava sustentar a si mesma e a filha. Tenta voltar para a antiga empresa onde trabalhava, mas não consegue. Arruma dois empregos provisórios em turnos distintos. Depois de um tempo retorna à antiga empresa, mas o salário já não era suficiente. Em 2000 é mandada embora e a mãe começa a ajudá-la financeiramente. Relata o estresse vivido nessa época:

> *Eu fui levando e procurando emprego, subemprego, mas aí meu estresse já estava a mil.*

Em 2006 a mãe falece. E8 relata:

> *Aí foi horrível (chorando). A (nome da filha) tava numa fase complicadíssima, começou a mexer com droga. Aí juntou tudo. Foi um pacote, um pacote de coisas ruins sabe?*

E8 começa, então, a fazer "bicos", a trabalhar como professora temporária, a trabalhar em um *Call Center*, narrando sempre muita ansiedade. Nessa época descobre uma hemorroida e precisa ser operada às pressas. A partir dessa ocorrência, a expectativa temerosa aparece de forma acentuada, seguida de pânico e fobia:

> *Cismei que eu tava com câncer. Porque foi na época que a Ana Maria Braga, quando ela teve aquele câncer no reto. [...] Aí comecei a ter medo, comecei a ficar com pânico de sair na rua, comecei com uma fobia, não atendia telefone, o dia inteiro só rezando com medo.*

Conforme se pode constatar, o medo de ter câncer apareceu de forma intensa e fantasiosa dois anos antes do aparecimento da doença. A história de E8 revela que dada uma situação de vida onde sentia-se insegura e desamparada, a partir da morte da mãe, que pode ser considerada como um estressor psíquico, o medo dispara o alerta fisiológico do corpo, gerando uma manifestação orgânica, a hemorroida.

Em 2006, E8 vive outro estresse psíquico, a filha muda-se para outra cidade. Segundo E8 esta foi a gota d'água:

> *Aí veio o pior, foi a gota d´água. [...] Quase pirei.*
>
> *Então foram essas perdas. Aí quando foi em 2008, tava perdidinha ainda, negócio de trabalho. Ah... e tem outra coisa, aí eu entrei numa depressão. Muito forte. Entrei numa depressão em 2006 pavorosa.*

As perdas sofridas foram evoluindo para um estado depressivo severo, exacerbando diversos medos. E8 fez acompanhamento psiquiátrico, fazendo uso de Efexor, Rivotril, Olcadil e Lexotan.

Do ponto de vista psicanalítico, pode-se supor que nesse caso não houve uma elaboração dos lutos, morte da mãe e mudança da filha, por E8, presentificando-se um estado melancólico.

Em 2008, pelo próprio quadro de depressão descrito, E8 não conseguia arrumar emprego. Uma amiga oferece-lhe um emprego em atividade contraventora. Vive nesse período um estresse violento.

> *Menina, foi a pior coisa que eu fiz. Aquilo ali, ali que desencadeou meu câncer. Ali que eu vivi o estresse, que eu tive estresse.*

Por ser um trabalho ilegal, experimentava grandes inseguranças e desencadeou a síndrome do pânico. Descreve as seguintes alterações fisiológicas:

> *Não podia chegar atrasada. Aí eu chegava na porta, começava a sentir suor frio, um suor muito frio, era uma coisa impressionante quando minha pressão baixava.[...] meu coração disparava e eu ficava doida pra sair, parecia que eu tava sufocando. [...] Isso que eu sentia, eu acho que foi uma*

> *das coisas que desencadeou o câncer, com certeza, porque tinha uma outra coisa: o suor frio. Era uma sensação engraçada, parece que seu corpo sai de você. Isso me fazia muito mal, era uma sensação ruim e medo. Medo descomunal, tudo eu ficava pensando pra fazer, dez mil vezes eu ficava pensando. Tinha medo de tomar iniciativa até pra comer. [...] Começou a desencadear isso.*

Em 2008, E8 descobre o câncer de mama, em meio a esse severo período de estresse. Ela mesma faz a associação da situação estressante que vivia e o aparecimento do câncer.

Evidencia-se que, os processos de luto vivenciados por E8, a partir das separações, morte da mãe e desligamento emocional da filha, confluindo em um quadro depressivo, configuraram-se como eventos estressores, propiciando o desenvolvimento do câncer de mama.

O presente caso permite uma clara visualização do medo, em todas as suas manifestações, quais sejam expectativa temerosa, pânico e fobia, significativamente entrelaçado a outras vivências e emoções.

Assim, constatou-se neste caso que vivências de luto mal elaboradas em associação à depressão e ao medo, podem ser estressores em potencial capazes de desencadear como correlato fisiológico doenças psicossomáticas e contribuírem, como fatores de risco de significância considerável, para o desenvolvimento do câncer de mama.

7.3.2 Estudo de caso E12

O segundo caso refere-se a uma mulher de 41 anos, mãe de 1 filha, casada, segundo grau completo. E12 fez mastectomia e reconstrução mamária. Foi entrevistada no hospital Ascomcer.

O estudo particularizado do caso se deve ao entrelaçamento entre as emoções de medo, luto e depressão vividas por E12.

No que se refere à descoberta da doença, E12 relata que em 2007, aos 36 anos, notou um carocinho na mama ao tomar banho. Foi à médica, que a examinou e dissera não ser nada e que iria sumir. Não satisfeita com a resposta, E12 pede uma mamografia, ao que a médica

responde que não era necessário pelo fato dela ter menos de 40 anos e não ter casos na família. E12 responde:

> *Se a senhora não me der o papel eu vou noutra médica, porque eu quero saber o que é e fazer uma mamografia, que eu nunca fiz. Aí fiz a mamografia, aí deu nódulo suspeito.*

E12 procura, então, outra médica mastologista e faz uma punção onde o resultado deu negativo. Ela solicita, então, uma biópsia e, somente assim, confirma o diagnóstico de câncer de mama.

Expondo sobre sua vida e rotina quando descobriu o câncer, E12 relata que no ano anterior à descoberta sua vida se resumia a ir trabalhar sem ânimo, sem pausa para almoço.

Considerando as relações pessoais, relata:

> *Eu num conversava com ninguém, chegava num lugar e ficava quieta no meu canto. Se perguntasse alguma coisa, eu ia responder só aquilo e pronto. [...] Quando não tinha nada pra fazer eu ficava quieta no meu canto, sentava e ficava quieta, nem conversava. Dentro de casa também só conversava com a minha filha. Meu marido muito pouco. A gente pega um canto e fica.*

Identifica-se aqui um quadro depressivo que parece se vincular a morte brusca e inesperada de um irmão. A própria E12 se considerava uma pessoa triste:

> *Eu era triste, eu era uma pessoa triste, que não sabia ri. Os outros olhavam pra mim e falavam, nossa tô te achando tão triste! [...] Eu acho que entrei numa depressão, só que num ia no médico. Eu chorava à toa, eu tinha aquela angústia e num conversava, ficava só num canto. Num ria pra ninguém, num desabafava.*

E12 acredita que a perda do irmão há vários anos atrás em acidente de carro, também pode ter contribuído para o aparecimento da doença.

> *Eu acho que meu caso foi emocional. Não tem outra coisa. Na minha família, do lado da minha mãe não tem ninguém com câncer, do lado do meu*

> *pai também não. E eu penso assim, minhas irmãs nunca teve nada, minha mãe nunca teve nada, meu pai também não. Eu acho que meu câncer foi emocional, não tem outro motivo pra ser. Tudo que eu tava vivendo antes eu acho que tinha que estourar em algum lugar. Acho que se eu não estourasse eu ia até morrer.*

Portanto, após a morte repentina do irmão, por quem E12 nutria um sentimento de muito afeto, pois eram muito unidos e foi ele quem arrumou o emprego para E12, ela entre em um quadro de depressão.

Após esse episódio, muda-se para Juiz de Fora, começa a trabalhar e sua vida se restringe ao trabalho e a rotina de casa.

Quando relata sobre o trabalho, a expectativa temerosa se revela de forma bem expressiva:

> *Antes (do câncer) eu tinha muito medo do que podia acontecer, de ficar desempregada. Às vezes nem tinha acontecido e eu já tava com aquilo na minha cabeça. Não tinha sossego sabe? Eu começava a chorar, vinha aquela tristeza, aquela angústia sabe?*

Não foi descrita nesse caso, durante a entrevista, nenhuma ameaça concreta de ser mandada embora do emprego. Muito pelo contrário, E12 fez questão de frisar que o trabalho era estável e lhe fornecia o sustento necessário. No entanto, os pensamentos recorrentes de que algo ruim pudesse acontecer, deixando-a desempregada e desamparada eram intensos. As emoções descritas fazem alusão à expectativa temerosa onde não há, necessariamente, uma causa real e palpável para os sentimentos de medo e angústia.

Quando E12 usa o termo “câncer emocional” se refere aos gatilhos psíquicos que contribuíram para o desencadeamento da doença. Fica clara a associação feita com a morte do irmão e o luto que se impôs com a morte inesperada deste, levando a uma depressão. Como E12 se define como uma pessoa muito fechada, talvez não tenha tido condições de elaborar o luto, já que guardava os sentimentos para si mesma.

Evidencia-se, pois que, a partir da morte do irmão e da preocupação com a mãe que fica sozinha e sofrendo, sintomas de depressão e medo são experimentados como estressores psíquicos, propiciando o desenvolvimento do câncer de mama.

Apesar da frase “meu câncer foi emocional” parecer uma metáfora clichê que muitas pessoas usam indiscriminadamente, sem uma fundamentação adequada, fica patente no caso de E12 que ela mesma sabia que as emoções não elaboradas e expressadas participaram ativamente como estressoras no desenvolvimento do seu câncer de mama.

7.3.3 Estudo de caso E13

O terceiro caso trata-se de uma mulher de 45 anos, casada, 2º grau completo, entrevistada no hospital Ascomcer.

Seu câncer foi descoberto em 2011, após fazer os exames rotineiros de prevenção. Ao fazer mamografia, a entrevistada relata que apareciam um ou dois nódulos, mas o médico dizia que era normal, mas precisava ser observado. Segundo ela, tomou uma medicação e o nódulo diminuiu um pouco. No último exame, apareceu um caroço e começou a doer. Aí foi diagnosticado o câncer de mama.

E13 conta que ao descobrir o câncer estava vivendo muito aflita. Essa entrevistada desejou muito contar sua história. No dia em que a pesquisadora estava marcando as entrevistas no grupo, precisou ir embora para sua cidade, mas disse que estava sempre no hospital para fazer as aplicações de radioterapia e que me encontraria para conceder a entrevista. E assim o fez. No último dia de entrevistas marcadas, E13 encontra a pesquisadora e diz que não havia se esquecido e se ainda precisava de mais uma entrevista. Um pedido claro de escuta que não pôde ser deixado de lado.

A pesquisadora pergunta como e quando E13 descobriu o câncer de mama e E13 responde:

> *Olha, eu descobri assim, eu sempre me senti muito triste, angustiada, rejeitada na minha família. Passei uma infância assim, vendo minha mãe sofrer muito entendeu?*

E13 foi construindo sua narrativa contando todos os percalços que sofreu em sua família e as emoções que foram surgindo a partir dos episódios vividos. Relata que viveu muita privação, tanto financeira quanto emocional. A mãe costurava para garantir o sustento

da família e o pai, segundo ela, não tinha responsabilidade, deixando faltar as coisas dentro de casa.

A entrevistada expõe um conflito que vive com os irmãos devido a um terreno que foi dividido entre os quatro irmãos. Como E13 morava com a mãe na casa da família, foi dito a ela que o terreno ficaria para os irmãos e a casa ficaria para ela. E13 investe, então, o pouco que tem na casa.

> *E sempre ajudei em casa, trabalhava fora, pegava o dinheirinho e punha dentro de casa. Então, tudo que eu ia fazendo... minha casa era muito ruim, ainda é, então, eu fui arrumando. [...] cheguei a trabalhar em casa de família, creche e fui arrumando tudo devagarinho as coisa.*

Após E13 ter feito investimento na casa, inclusive emocional, os irmãos começaram a falar que era tudo deles. A partir desse ponto, a entrevistada entra em depressão e o medo manifesta-se de forma intensa.

> *Então, eu comecei a ter depressão psicológica. [...] aí a depressão começou. Eu comecei a sentir muita depressão, aí meu irmão (dependente químico) veio morar lá. Aí quando ele chegou [...] ele me xingou de tudo quanto é nome [...] falou que a casa era dele.*

A entrevistada aponta a perda da casa como fator de estresse, desencadeando uma depressão e pânico. Parece viver, nesse momento da vida, um luto pela perda concreta da casa e pela perda simbólica de seu lugar na família. E13 se vê rejeitada, como se não fizesse parte da família.

> *Como se eu não fosse da família (chorando), como se eu não existisse, como se eu fosse demais na família.*

E13 relatou tomar medicação para depressão e pânico. Segundo ela, sempre teve medo de doença e medo de tudo.

> *Tuuuudo que acontecia comigo, eu já pensava que é isso ou aquilo sabe? Aquele pânico, aquele medo, ficava desnorteada, sempre tive medo de doença.*

Quando E13 melhora da depressão, a partir da medicação, vai trabalhar em uma fábrica, mas é mandada embora. Vive, então, outro momento de estresse e precisa procurar outra forma de sobrevivência. Começa a fazer outro tipo de trabalho. Nesse período descobre o câncer.

A entrevistada aponta como fator desencadeante do câncer de mama a depressão, após as perdas que sofreu.

> *Eles falam que tem tudo a ver né? Como eu sempre fui muito deprimida, muito angustiada, também me sentia muito rejeitada pela minha família, pode ser... num sei. [...] Pode ser sim, que isso tudo me abalou muito e eu não tive equilíbrio, minha fé abalou. Eu fiquei sem saída, não tinha pra onde ir. Eu creio que depois da depressão é que apareceu mesmo. Foi a depressão que acusou.*

A responsividade fisiológica do organismo relacionada ao medo pode ser percebida através dos sintomas descritos por E13:

> *Ahhh, eu tremia muito, quando tava com pânico. [...] Eu sentia vômito, o medo me dava vômito, dava náusea cê entendeu? Eu sentia assim, vômito quando vinha aquele medo.*

Nesse caso, percebeu-se que a vivência do medo esteve atrelada às vivências de luto, que parecem não ter sido bem elaborados por E13. As perdas simbólicas e reais, sofridas por ela ao longo da vida, evoluíram para um estado depressivo. Todas essas emoções parecem ter participado ativamente como agentes estressores no processo de desenvolvimento do câncer de mama.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"O câncer de mama não é uma fita cor-cor-rosa"
(The Scar Project)

Tecer as considerações finais de uma pesquisa consiste em uma retrospectiva que nos remete ao início de todo processo desde o nascimento do tema, passando por todas as dificuldades e situações que se vivem na época da dissertação e as exigências emocionais que nos apresentam, até chegar ao fim, onde novas e abundantes perguntas emergem e nos fazem olhar para nossas questões iniciais com muito mais clareza e amplitude.

Maria Ester de Freitas (2002), em seu artigo "*Viver a tese é preciso! Reflexões sobre as aventuras e desventuras da vida acadêmica*" expõe brilhantemente toda essa gestação pela qual se passa ao ingressar no mestrado e nos encoraja a procurarmos o sentido e as motivações que nos levam a nos aventurarmos pela vida acadêmica. Parafraseando a autora, "Acreditamos, e penso mesmo que é verdade em boa medida, que toda tese deixa uma marca na alma de seu autor que só pode ser decifrada por alguém que tem uma parecida." (p. 90)

Escrevemos, portanto, as considerações finais, na primeira pessoa do plural e, em alguns momentos, na primeira pessoa do singular, propositalmente, com o objetivo de ressaltar e evidenciar a importância de vivências de cunho pessoal no processo de finalização de um processo que, para além do academicismo, promoveu mudanças subjetivas na pesquisadora.

Apesar de se ter estudado e pesquisado bastante sobre o câncer de mama e seus correlatos com as emoções, chegamos a essa etapa com a certeza de que há ainda muito o que aprender e que as mulheres com as quais me encontrei durante as entrevistas foram minhas mestras maiores e marcaram minha vida e minha alma com suas histórias. Ao ler cada entrevista, me reportei às suas fisionomias, vozes, posturas, emoções e percepções de vida no momento do adoecimento, sem perder de vista as minhas inquietações que embasaram as questões norteadoras desta pesquisa.

Tivemos a seguinte pergunta norteadora ao longo da pesquisa: poderiam as emoções de medo, as vivências de luto não elaboradas e a depressão participarem como estressoras psíquicas no desencadeamento do câncer de mama?

Para responder a tal pergunta, apostamos em um diálogo interdisciplinar entre a psicanálise, a psicossomática, a psiconcologia e psiconeuroimunologia, que juntas, ajudaram na composição de uma visão holística sobre o processo de adoecimento do sujeito pelo

câncer de mama. O aprofundamento da pergunta central se deu através dos estudos de casos que permitiram um entendimento maior em cada história.

As entrevistas revelaram uma estreita relação entre a existência de situações de vida conturbadas no momento em que o câncer de mama foi descoberto. Que as emoções pesquisadas participaram ativamente no processo desencadeante da doença, não se tem dúvida. No entanto, não se pode afirmar que tenham sido causadoras do câncer, mas que estiveram presentes como estressoras psíquicas de forma bastante contundente sim.

As emoções de medo sob a forma de expectativa temerosa e os processos de luto mal elaborados, muitas vezes acompanhados de tristeza profunda e episódios de depressão, permearam quase todos os relatos o que sugere uma forte relação entre essas emoções e o desencadeamento de reações fisiológicas no organismo levando-o ao adoecimento.

Reforçamos aqui que as complexas relações pertencentes a um olhar integral na construção da compreensão do processo saúde-doença só foram possíveis através da interlocução da psicanálise com outras instâncias teóricas, como a psiconeuroimunologia. Tal articulação vem tomando corpo no meio científico e ainda é preciso que muitas pesquisas quebrem determinados paradigmas para que se introduza um pensar sobre o adoecimento e seus processos, inclusive fisiológicos, que agregue os vários sistemas do organismo.

Fica evidente que o sofrimento é uma experiência dos sujeitos na sua totalidade, afetando todas as suas dimensões e que pode ser desencadeado por múltiplos determinantes. Não pretendemos, de forma alguma, esgotar aqui os determinantes emocionais. Pensamos ter tocado na ponta de um iceberg que ainda está para ser descoberto. Outras emoções podem e devem ser pesquisadas.

Não raro, iniciamos uma pesquisa com um pergunta na mão e nos vemos ao final com várias questões no bolso. Sinal de que a pesquisa nos tocou e possibilitou olhares que transcenderam a pergunta primeira. Portanto, gostaria de encerrar esse meu processo, tecendo algumas percepções e intervenções que, alicerçadas na pergunta norte de meu trabalho, contribuíram para que eu fechasse esse ciclo com um olhar muito mais expandido do que eu imaginei no início.

Destaco aqui a bravura da grande maioria das entrevistadas no enfrentamento do câncer e a certeza de que a doença pode ser potencialmente transformadora, na medida em que coloca o ser humano de frente para as emoções que não estavam claras ou às claras. O que é encontrado na literatura com relação às mudanças de valor e de postura após uma doença, foi escutado na fala de cada mulher.

Algumas colocariam vários profissionais da saúde no bolso com relação à percepção do processo de adoecimento. Reproduzo alguns ensinamentos proferidos por elas:

> *Eu sempre coloco assim, problemas existem, mas você tem que saber sair deles, porque se você souber sair deles você não afunda [...] Então, eu pus em pauta, respirar fundo e trocar o ar. Foi uma maneira que encontrei de tirar os problemas. [...] respiro umas três, quatro vezes, fecho os olhos, aí ponho pra fora aquela angústia, que antes, talvez, eu engolia. (E11).*

> *A doença foi boa pra aproximar mais meu marido de mim e a gente sair mais, porque a gente num saía [...] Então eu quero que continua todas as coisas boas. As ruim pode vim também de acordo pra gente transformar em coisa boa né? Porque também se vim só coisa boa, coisa boa, coisa boa, vai ficar uma coisa sem graça (risos) (E9).*

> *Pra quem enfrenta câncer, você tem primeiro que ter Deus na vida. Segundo, sua cabeça pra você reagir. Terceiro, família e medicina pra te ajudar. (E7).*

> *Eu sempre vi a minha vida Andréia como se fosse uma rosa e quando eu olho pra rosa eu penso assim, a minha vida é o caule da rosa, são várias etapas que eu venci e eu continuo [...] Essa rosa eu consigo imaginar, mas cada dia eu chego nela um pouquinho e essa rosa é grande. Às vezes ela desfolha, mas depois ela cresce de novo [...] Essa comparação eu não perco na minha vida não! (E10).*

A recorrência à fé e à religião como reconstrutoras de um caminho marcado por dores, foi uma constante no diálogo dessas mulheres.

Além dessas lições de vida me surpreendi também com algumas fotos feitas pelo fotógrafo americano David Jay (2011) em uma iniciativa de fazer um ensaio fotográfico com mulheres que, na contramão dos números e estatísticas médicas, tiveram câncer de mama precocemente (entre 18 e 35 anos). Impactado pela inesperada surpresa de ter alguém amado com câncer de mama, o fotógrafo, que nunca havia pensado em realizar tal trabalho, criou uma amostra, o *The Scar Project: the breast cancer is not a pink ribbon* (Projeto Cicatriz, o câncer de mama, não é uma fita cor-de-rosa).

O objetivo do projeto, segundo David Jay (2011), baseia-se em três pilares: conscientizar as mulheres jovens sobre os riscos do câncer de mama precoce, levantar fundos para pesquisa do câncer de mama e ajudar mulheres que passaram por esta doença a ver suas cicatrizes, rostos e experiência através de uma lente sincera, levando ao empoderamento destas mesmas.

Igualmente impactada fiquei ao ter contato com as fotos que me inspiraram sentimentos completamente contraditórios, contudo, amplamente humanos. Se por um lado, há uma dor, quase palpável em alguns olhares, reconheci também a beleza em cada atitude e postura ali clicadas. Se por um lado há cicatrizes, que a medicina tanto tenta amenizar através de cirurgias e próteses cada vez mais modernas, por outro lado, há histórias marcadas e tatuadas na pele sem nenhuma urgência de estética. Urgência somente em celebrar a vida e eternizá-la em um ensaio fotográfico que talvez tenha simbolizado para cada uma a capacidade de atravessamento. Ressurgimento através da dor. Ou como diria Eliane Furtado (2008), a transformação de uma sentença em renovação!

REFERÊNCIAS

Abbagnano, N. (1982). *Dicionário de filosofia* (2a ed.). (A. Bosi, Trad.). São Paulo: Mestre Jou.

Abreu, C. N. (2006). *Síndromes psiquiátricas: diagnósticos e entrevistas para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Ballone, G. J., Pereira Neto, E., & Ortoloni, I. V. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática* (4a ed. rev.). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Barros, A. C. S. D. (2008). Câncer de mama. In V. A. Carvalho, M. J. Kovacs, & M. H. P. Franco (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (p. 40-45). São Paulo: Summus.

Biondi, M. & Zannino, L. G. (1997). *Psychological stress, neuroimmunomodulation, and susceptibility to infectious diseases in animals and man: a review.* Psychotherapy and psychosomatics, *66*(1), 3-26.

Bleichmar, H. B. (1989). *Depressão: um estudo psicanalítico.* (M. C.Tschiedel, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: separação: angústia e raiva* (Vol. 2). (L. H. B. Hegenberg, O. S. da Mota, & M. Hegenberg, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (2004). *Apego e perda: perda: tristeza e depressão* (Vol. 3, 3a ed.). (V. Dutra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Brum, E. (2008). *O olho da rua – uma repórter em busca da literatura da vida real.* Rio de Janeiro: Editora Globo.

Caleffi, M. (1991). Tratamento hormonal do câncer de mama. In G. Schwartsmann, A. Katz, F. M. Cunha, J. Vinholes, R. C. Gansl, & S. D. Simon (Eds.). *Oncologia clínica: princípios e prática* (pp. 302-308). Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, M. M. M. J. (Coord.). (2003). *Introdução à psiconcologia.* São Paulo: Livro Pleno.

Castiel, L. D. (1994). *O buraco do avestruz*: *a singularidade do adoecer humano.* Campinas, SP: Papirus.

Del Giglio, A. (1999). *Câncer: introdução ao seu estudo e tratamento*. São Paulo: Pioneira.

Dejours, C. (1991). *Repressão e subversão em psicossomática. Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo.* Rio de Janeiro: Zahar.

Edler, S. (2008). *Luto e melancolia: à sombra do espetáculo* (Para ler Freud). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Esslinger, I. (1995). *As representações do espaço da morte no curso de psicologia: um estudo exploratório*.Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Fenichel, O. (1998). *Teoria psicanalítica das neuroses.* São Paulo: Atheneu.

Ferreira, A. B. H. (Ed.). (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa* (p. 728). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Fox, B. H. (1981). Psychosocial factors and the immune system in human cancer. In R. Ader (Ed.). *Psychoneuroimmunologie* (pp. 103-157). New York: Academic Press.

Franks, L. M. (1990). O que é câncer? In L. M. Franks, & N. Teich. *Introdução à biologia celular e molecular do câncer* (pp. 1-24). São Paulo: Roca.

Freitas, M. E. (2002). Viver a tese é preciso! Reflexões sobre as aventuras e desventuras da vida acadêmica. *Revista de administração de empresas*, *42*(1), 88-93.

Freud, S. (1990) [1894]). Rascunho E: como se origina a angústia. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (J. L. Meurer, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, 3a ed., pp.269-276). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1974 [1917-1915]). Luto e melancolia. In *A história do movimento psicanalítico* (T. O. Brito, P. H. Britto, C. M. Oiticica, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1976 [1916-1917]). Conferência XXV. A ansiedade. In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)* (J. L. Meurer, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 16, pp. 457-479). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1976 [1923]). O ego e o id. In *O ego e o id* (prefácio II). (J. O. A. Abreu, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 32-41). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1976 [1926-1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Um estudo autobiográfico* (C. M. Oiticica, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 107-200). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1987 [1895-1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurasthenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In *Primeiras publicações*

psicanalíticas (M. Salomão, Trad.), Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, 2a ed.. pp. 91-118). Rio de Janeiro: Imago.

Furtado, E. (2008). *Câncer: sentença ou renovação? Uma história sobre dor, coragem e constant superação.* Rio de Janeiro: Hama.

Garcia-Roza, L. A. (2004). *Introdução à metodologia freudiana.* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Gimenes, M. G. G. (2003). Definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. M. J. Carvalho (Coord.). *Introdução à psiconcologia* (pp.46-47). São Paulo: Livro Pleno.

Guralnik, D. B. (Ed.) (1974). *Webster's New world dictionary of american language* (p. 1409). New York: World Publishing Company.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Tratado de fisiologia médica* (11a ed.). (B. A. Martins et. al. Trads.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Hanns, L. A. (2006). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*: *Sigmund Freud*. (Vol. 2, 1915-1920). (C. Dornbusch et.al. Trads.). Rio de Janeiro: Imago.

Haskell,C. M., Lowitz, B. B & Casciato, D. A. (1991). Câncer de Mama. In D. A. Casciato & B. B. Lowitz (Orgs.). *Manual de oncologia clínica* (2a ed., pp.208-228). Rio de Janeiro: Medsi.

Holland, J. C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Irwin, M. (1999). Imune correlates of depression: cytokines, stress and depression. In R. Dantzer, E. E. Wollmann, R.Yirmiya (Eds.). *Cytolines, stress, and depression* (pp. 1-24). New York: Kluwer Academic, Plenum Publishers.

Jay, D. (2011). *The scar project: breast cancer is not a pink ribbon* (Vol. 1). [S. l.]: Scar Project.

Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1995). *Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms*. *Psychosomatic medicine*, *57*(3), 269-274.

Lago, S. (1991). Tratamento quimioterápico do câncer de mama. In G. Schwartsmann, A. Katz, F. M. Cunha, J. Vinholes, R. C. Gansl, & S. D. Simon (Eds.). *Oncologia clínica: princípios e prática* (pp.296-301). Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1991). *Dicionário da Psicanálise* (11a ed.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Le Doux, J. (1996). *O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional* (2a ed.). Rio de Janeiro: Objetiva.

Leonard, B. E. & Song, C. (1999). Stress, depression and the role of cytokines. In R. Dantzer, E. E. Wollmann, R.Yirmiya (Eds.). *Cytolines, stress, and depression* (pp. 251-265). New York: Kluwer Academic, Plenum Publishers.

Levy, E. M., Borrelli, D. J., Mirin, S. M., Salt, P., Knapp, P. H., Peirce, C., . . . Black, P. H. (1991). Biological measures and cellular immunological function in depressed psychiatric patients. *Psychiatry research*, *36*(2), 157-167.

Ludke, M. & Andre, M. E. D. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU.

Luna, S. V. (1988). *O falso conflito entre tendências metodológicas*. *Cadernos de pesquisa*, (66), 70-74, agosto.

Mamede, M. V. (1991). *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial.* Tese de livre docência. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Mazzotti, A. J. A. (2006). *Usos e abusos dos estudos de casos*. *Cadernos de pesquisa, 36*(129), 637-651.

Mello Filho, J. (1994). *Concepção psicossomática: visão atual* (7a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Mello Filho, J. & Burd, M. (Orgs.). (2010). *Psicossomática hoje* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Mello Filho, J. & Moreira, M. D. (2010). Psicoimunologia hoje In V. A. Carvalho, M. J. Kovacs, & M. H. P. Franco (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 167-213). São Paulo: Summus.

Menke, C. H. & Biazus, J. V. (1991). Tratamento cirúrgico do câncer de mama. In G. Schwartsmann, A. Katz, F. M. Cunha, J. Vinholes, R. C. Gansl, & S. D. Simon (Eds.). *Oncologia clínica: princípios e prática* (pp.289-295). Porto Alegre: Artes Médicas.

Minayo, M. C. S. (2008). Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In G. W. S. Campos, M. Drumond Junior, M. C. S. Minayo, Y. M. Carvalho, M. Akerman. *Tratado de saúde coletiva* (2a ed., pp.189-218). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). *Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? Cadernos de saúde pública, 9*(3), 239-262.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. (1998). *Falando sobre câncer e seus fatores de risco.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. (2001). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: MS/Inca.

Molon, S. (2003). *Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Moreira, M. S. (2003). *Psiconeuroimunologia.* Rio de Janeiro: Medsi.

Neme, C. M. B. (Org.). (2010). *Psico-oncologia: caminhos e perpectivas*. São Paulo: Summus.

Parker, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.

Perestrello, D. (1989). *A medicina da pessoa* (4a ed.). Rio de Janeiro: Atheneu.

Pinheiro, R. (1992). *Medicina psicossomática: uma abordagem clínica.* São Paulo: Fundo Editorial BYK.

Plastino, C. A. (2001). *O primado da afetividade: crítica freudiana ao paradigma moderno*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Riley, V. (1981). Psychoneuroendocrine influences on immunecompetence and neoplasia. *Science, 212*, 1100-1109.

Rodrigues, A. L. & França, A. C. L. (2010). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In Mello Filho, J. (Org.) (2010). *Psicossomática hoje*. (2a ed., pp. 111-134). Porto Alegre: Artmed.

Rodrigues, A. S. (2008). *Medo, neurose e doença psicossomática*. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Rosen, R. K., Cooper, M. D. & Wedgewood, R. J. P. (1984). The primary immunodeficiencies. *The New England journal of medicine, 311*(4), 235-310.

Rubin, P. (Org.). (1977). *Manual de clínica oncológica: aspectos multidisciplinares*. São Paulo: Sarvier.

Rzeznik, C. & Dall'Agnol, C. M. (2000). *(Re)descobrindo a vida apesar do câncer*. *Revista gaúcha de enfermagem, 21*(n. esp.), 84-100.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (19a ed.). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Santos, L. O. (2003). O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. *Psicologia, ciência e profissão, 23*(2), 48-49.

Savlov, E. (1977). Câncer de mama. In P. Rubin (Org.). *Manual de clínica oncológica: aspectos multidisciplinares* (pp.79-91). São Paulo: Sarvier.

Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e saúde coletiva, 5*(1),187-192.

Silva, T. D. (2002). O caso do estudo de caso: a preferência metodológica na produção discente do núcleo de pós-graduação em administração da Universidade da Bahia no período de 1999 a julho de 2011. *Caderno de pesquisa em administração, 9*(3), 81-88.

Seyle, H. (1965). *Sress: a tensão da vida* (2a ed.). (F. Branco, Trad.). São Paulo: Ibrasa.

Sontag, S. (2002). *A doença como metáfora* (3a ed.). (M. Ramalho, Trad.). Rio de Janeiro: Graal.

Stein, M. A. (1981). Biopsychosocial approach to immune function and medical disorders. *he Psychiatric clinics of North America, 4*(2), 203-221.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 134-164). Thousand Oaks: Sage Publications.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. (R. C.Costa Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista brasileira de cancerologia, 49*(4), 227-238.

Vasconcellos, E. G. (2000). Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. (2a ed., pp. 127-144). São Paulo: Pioneira Thomson.

Veit, M. T & Carvalho,V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e área de atuação In V. A. Carvalho, M. J. Kovacs, & M. H. P. Franco (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.

Víctora, C. G.; Knauth, D. R. & Hassen, M. N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tempo.* Porto Alegre: Tomo Editorial.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3a ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Boockman.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Rapoort

Faz parte desta pesquisa a realização de uma entrevista, que tem como objetivo compreender o estado afetivo da senhora no momento em que descobriu que estava com câncer de mama. Conversaremos por volta de uma hora.

Vou lhe fazer perguntas sobre sua vida pessoal, sua doença e tratamento e algumas emoções.

Se você não se importar, a entrevista será gravada para eu ter certeza de que me lembrarei de tudo que me falou, depois transcrita e desgravada. O nome da senhora não será citado em momento algum.

Ao final da minha pesquisa, caso seja de seu interesse, me reunirei com as mulheres que participarão das entrevistas para revelar alguns dos resultados encontrados.

Muito obrigada!

A. Identificação:

Nome: _____

Data Nascimento: _____/_____/_____

Endereço: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

B. Composição familiar

Família de origem:

Pai: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Mãe: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Número de irmãos: _____

Posição na família: _____

Família constituída:

Cônjuge: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Filhos: _____ Idade: _____

Morte de algum filho (aborto, idade): _____

C. Histórico médico e diagnóstico do câncer de mama:

1. Você notou que havia algo de errado com sua saúde antes de receber o diagnóstico?
2. Quando? Como?
3. Quando você ficou sabendo do diagnóstico do câncer de mama? Quem o comunicou?
4. Como você reagiu?
5. Como você reage quando suspeita de alguma doença?
6. Há casos de câncer na sua família?

7. Está fazendo algum tratamento no momento?

8. Foi submetida a algum desses tratamentos?

( ) Cirurgia De que tipo? _____

( ) Reconstrução mamária Quando? _____

( ) Quimioterapia Quando? _____

( ) Radioterapia Quando? _____

( ) Hormonioterapia Quando? _____

9. Faz uso de algum medicamento? ( ) sim ( ) não Qual/quais? _____

_____

_____

D. História pessoal no momento da descoberta da doença:

1. Descreva como era sua vida antes da suspeita da doença.

2. O que estava vivendo no momento em que descobriu o câncer?

3. O que você acredita que possa ter contribuído para o aparecimento da doença?

E. Vivências de medo:

1. Me conte sobre seus medos. Em que situações você sente medo?

2. Já deixou de fazer alguma coisa importante por causa do medo?

3. Teme a morte de alguém?

4. Algumas dessas sensações citadas acima estavam presentes no momento de vida em que você descobriu que estava com câncer de mama?

F. Vivências de depressão e luto:

1. Costuma se sentir triste com frequência?
2. Já passou por períodos de depressão? Quando?
3. Já perdeu alguém importante? Como lidou com essa perda?
4. Algumas das situações citadas acima estavam presentes no momento de vida em que você descobriu que estava com câncer de mama?
5. Como é seu relacionamento com as outras pessoas?
6. Quais são os seus planos para o futuro?

G. Sintomas de estresse:

1. Já sentiu algum desses sintomas?

Taquicardia	( ) sim	( ) não
Dispneia	( ) sim	( ) não
Sudorese	( ) sim	( ) não
Alteração da pressão arterial	( ) sim	( ) não
Fadiga	( ) sim	( ) não
Dores corporais	( ) sim	( ) não
Dores de cabeça	( ) sim	( ) não
Insônia	( ) sim	( ) não

2. Em que momento esses sintomas emergem? _____

_____

3. Você associa algum desses sintomas a determinadas situações que tenha vivido? Quais? __

_____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes com idade entre 59 e 75 anos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MESTRADO EM PSICOLOGIA
Pesquisador Responsável: Andréia Magalhães Espíndola;
Endereço:Rua da Laguna, 450
CEP: 36015 230 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 3215 2082/ 9197 9190
E-mail: andreiae@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS". Neste estudo pretendemos investigar os diagnósticos confirmados de câncer de mama. Nosso objetivo é compreender o estado afetivo das mulheres acometidas pelo câncer de mama no momento em que foi descoberta a doença.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de se conhecer melhor as relações entre câncer de mama e emoções, uma vez que é uma doença que acomete várias mulheres e os estudos brasileiros nesta área são escassos.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- Agendamento de entrevistas com a senhora. Um encontro ou dois, conforme a disponibilidade da senhora e nossa necessidade;
- Leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido; se estiver na faixa etária de 59 a 75 anos, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por um responsável;
- Realização da entrevista, gravação e posteriormente transcrição e tratamento dos dados.

Para participar deste estudo a sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ , responsável por _____fui informado (a) dos objetivos do estudo “ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS”de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.
Declaro que concordo de participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011 .

_____

Nome Assinatura responsável pela participante Data

_____

Nome Assinatura pesquisador Data

_____

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes com idade menor de 59 anos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MESTRADO EM PSICOLOGIA
Pesquisador Responsável: Andréia Magalhães Espíndola
Endereço:Rua da Laguna, 450
CEP: 36015 230 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 3215 2082/ 9197 9190
E-mail: andreiae@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS". Neste estudo pretendemos investigar os diagnósticos confirmados de câncer de mama. Nosso objetivo é compreender o estado afetivo das mulheres acometidas pelo câncer de mama no momento em que foi descoberta a doença.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de se conhecer melhor as relações entre câncer de mama e emoções, uma vez que é uma doença que acomete várias mulheres e os estudos brasileiros nesta área são escassos.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- Agendamento de entrevistas com a senhora. Um encontro ou dois, conforme a disponibilidade da senhora e nossa necessidade;
- Leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido;
- Realização da entrevista, gravação e posteriormente transcrição e tratamento dos dados.

Para participar deste estudo a sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.
A sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “ESTRESSE, EMOÇÕES E CÂNCER DE MAMA: RELAÇÕES POSSÍVEIS.”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011 .

_____

Nome Assinatura participante Data

_____

Nome Assinatura pesquisador Data

_____

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-[illegible] CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Parecer nº 037/2011

Protocolo CEP-UFJF: 016-420-2011 ***FR:*** 401446 ***CAAE:*** 0003.0.420.000-11
Projeto de Pesquisa: Estresse, Emoções e Câncer de Mama: Relações possíveis
Versão do Protocolo e Data: 14/02/2011
Grupo: III
Pesquisador Responsável: Andréia Magalhães Espíndola
Pesquisadores Participantes: Antenor Salzer Rodrigues
TCLE: 14/02/2011
Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
Sumário/comentários do protocolo:

O CEP analisou o Protocolo 016.420.2011, Grupo III e considerou que:

- **Justificativa:** objeto bem delimitado, tema relevante para a área de saúde da mulher. Os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina representando, no Brasil e no mundo, relevante causa de morte entre as mulheres adultas. O câncer de mama o mais comum entre as mulheres. Mulheres acometidas por câncer de mama possuem, em sua maioria, um perfil psicológico típico.
- **Objetivos: Geral**: investigar o estado afetivo das mulheres acometidas pelo câncer de mama, no momento da eclosão da doença. **Específicos**: Analisar as correlações entre o estresse advindo dos afetos de medo e/ou dos estados depressivos, oriundos da condição de luto ou melancolia, como fatores psíquicos que contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama; verificar as concepções das mulheres acometidas pelo câncer de mama sobre a doença e suas prováveis causas; caracterizar o perfil de conhecimento que possuem sobre o desenvolvimento da doença, fatores emocionais e psíquicos envolvidos.
- **Metodologia:** a pesquisa será um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, utilizando como metodologia o Estudo de Caso (casos múltiplos).
- **Revisão e referências:** pertinente ao estudo
- **Características da população a estudar:** 30 mulheres com diagnóstico suspeito, a ser confirmado ou não, de câncer de mama, com idades entre 40 e 75 anos de idade, atendidas no Serviço de Ginecologia / Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora.
- **Critérios de participação**: Serão incluídas no grupo, mulheres com suspeita de câncer de mama; que não apresentem antecedentes psiquiátricos, suspeita de déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios de comunicação que possam comprometer a interação com a pesquisadora.
- **Instrumento de coleta de dados**: entrevistas semi-estruturadas, análise dos prontuários e fichas médicas.
- **Orçamento:** de responsabilidade da pesquisadora
- **Cronograma:** pertinente ao estudo. A coleta de dados iniciará em maio e terminará em julho 2011.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição

Prof. [illegible] Marta Gellner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital da UFJF

suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com a pesquisadora e demais membros da equipe.
- **Pesquisadora:** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 28 de fevereiro de 2011.

Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS-UFJF

RECEBI

DATA: ____/____/ 2011

ASS: _____