ROSEMARY CRISTINA SEGUIN

ESTUDO PSICOSSOCIAL DAS HISTÓRIAS DE VIDA DE PACIENTES ACOMETIDOS DE CÂNCER NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Ciências Biomédicas da aluna **Rosemary Cristina Seguin.**

Campinas, 21 de fevereiro de 2002.

Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral
Orientadora

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

ROSEMARY CRISTINA SEGUIN

ESTUDO PSICOSSOCIAL DAS HISTÓRIAS DE VIDA DE PACIENTES ACOMETIDOS DE CÂNCER NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

ORIENTADORA: *PROFA. DRA MARA APARECIDA ALVES CABRAL.*

CAMPINAS

2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

S39e
Se 39e

Seguin, Rosemary Cristina
Estudo psicossocial das histórias de vida de pacientes acometidos de câncer na região da cabeça e pescoço. / Rosemary Cristina Seguin. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Mara Aparecida Alves Cabral
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Câncer. 2. Cabeça e pescoço. 3. Personalidade. 4. Aspectos psicológicos. I. Mara Aparecida Alves Cabral. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
Se 39e
V ____ EX ____
TOMBO BC/ 54856
PROC. 16-124/03
C ☐ D ☒
PREÇO R$ 11,00
DATA 24/07/03
Nº CPD ____

CM00187001-5

BIB ID 295540

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral

Membros:

1. Profa. Dra. Maria da Conceição do Nascimento

2. Prof. Dr. Antonio Santos Martins

3. Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/2002

00325/01

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a Deus, fonte de toda inspiração.

Dedico, também, a todos os pacientes que com a dignidade dos seus sofrimentos me abriram o coração e me fizeram vislumbrar um mundo novo.

Em especial, aos meus pais, José Seguin e Luzia N. R. Seguin, por me ensinar o valor e o respeito à vida, pelo apoio em todos os meus projetos, pelo amor e pela confiança que sempre tiveram em mim, e, principalmente, pelo exemplo de força e luta, me ensinando a nunca desistir dos meus sonhos.

...tenho percebido que em qualquer grande empreendimento um homem não pode depender somente de si mesmo.

Pensamento do Índio Americano
Lone Man [Isna la-Wica]
Late 19th Century
Teton Sioux

À Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral, orientadora deste projeto, pelas ricas contribuições e sugestões dadas a redação desta tese, durante a condução da presente pesquisa. Este processo de aprendizado, proporcionado pelo desenvolvimento deste estudo somente pôde ser atingido a partir desta oportunidade de trabalho. E, principalmente por ter abrilhantado esta tese com sua inteligência viva e apurada.

À equipe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Prof Dr Antonio Santos Martins, pelo exemplo de seriedade, dedicação e cuidado com que trata aos pacientes, me oferecendo sua experiência e conhecimentos clínicos e, que através de seu apoio firme e amigo, proporcionou as condições necessárias para a realização desta pesquisa.

Ao Dr Alfio José Tincani, pela forma sempre gentil e amiga com que se relaciona com todos, pelo exemplo de serenidade, pela jovialidade que muito nos incentivou e estimulou no decorrer desta pesquisa.

A amiga Henriette Toledo. Lage, pelo espírito de luta e garra, cujo desprendimento e amizade, aliados a experiência profissional, me proporcionaram incalculável colaboração.

À Maria Estela B. Rocha secretária do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela amizade, pelo carinho e sorriso sempre aberto para mim ao longo desta pesquisa.

Aos amigos residentes Erwin Langner e Marcelo Brum Correa pela constante troca de experiências e pelo aprendizado da prática interdisciplinar na área de saúde.

À família odonto laser, em especial a Profa Dra Éster Danielle Nicola, pela alma generosa, sensível e amorosa, pelo coração bondoso e acolhedor, pela mente sensata e perspicaz e pela ajuda inestimável que foi decisiva para a concretização deste estudo.

Ao amigo Bruno Siqueira Bellini, pelo exemplo de humanidade, carinho e respeito a toda vida humana, pelas trocas muito significativas, pela oportunidade de compartilhar novos aprendizados, experiências e também inseguranças nos momentos difíceis.

À amiga Diva Helena Zanchetta Baldin, pela afeição profunda que despertou em mim, pela valorização da vida, devotamento e carinho com se dedica aos pacientes e ao trabalho, sendo que seu interesse em apoiar-me permitiu o desenvolvimento desta pesquisa.

À Renata Cristina Fiorotti, pela ajuda, amizade e companheirismo, sem os quais não teria conseguido coletar os dados.

À Luzia Felipini, Paula Gracinda Rodrigues e Eduardo Penido, da enfermaria, pela simpatia, amizade e atenção com que me recebiam, pelo coleguismo e assistência ao longo desta pesquisa.

A todos os meus familiares queridos, minha 'Pátria' certa, em especial, Sandra e Edenir Tabai, William e Gilberlania Seguin, pelo amor, amizade e carinho que existe entre nós, pela abnegação com que estiveram ao meu lado, me auxiliando e assim me possibilitando ter garra para ir a busca de meus ideais.

À minha tia Rosni Miriam Rosini Perina, pelo modelo de entusiasmo e otimismo, pela preocupação em estar sempre disponível a auxiliar-me e a me incentivar nos momentos em que mais precisei.

Às minhas amadas sobrinhas, Mayara Tabai, Mariana Tabai e Laís Seguin, por encher de alegria a minha vida.

Ao grande amigo Roland Francisco Galvão, pelos momentos de paz, pelo apoio sempre constante nos momentos de realização, insegurança e dificuldades. Um "anjo encarnado".

Aos grandes amigos Maria Christina de Souza Soares e Jairo José Papoy Soares pelo amor e amizade que me deram no decorrer desta pesquisa, pela dedicação nos momentos de realização e dificuldades, que permitiu o equilíbrio de minhas angústias e ansiedades, um porto seguro que une nossos corações.

À grande amiga Gisleine Vaz Scavacini de Freitas, pela forte amizade que nos aproximou e que tantas vezes me tirou da escuridão, pela troca de conhecimentos e experiências relacionadas à pesquisa no campo da saúde.

Ao Joel Salles Giglio pela atenção, solidariedade e ajuda nos momentos de incertezas.

À Mônica Aparecia Cintra Garcia de Almeida, Pós-Graduação FCM/Unicamp, pelo sorriso exuberante, pela amizade e profissionalismo sempre constante.

Às secretárias da Pós-Graduação Carmem Silva dos Santos e Márcia Aguiar dos Santos, que como sempre agiram com profissionalismo e amizade.

Ao Helymar da Costa Machado, Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da FCM, pelo seu maravilhoso trabalho.

À Cleusa Telles e Sandra Lúcia Pereira, bibliotecárias, pela atenção e contribuição dos levantamentos bibliográficos.

À terapeuta Laine Alves Pizzi, pela possibilidade de compartilhar meus conflitos, minhas inseguranças e angústias, tornando possível enfrentar e superar obstáculos ao ampliar o meu olhar sobre a vida.

A FAPESP, pelo incentivo e apoio à Ciência, e em especial, pelo financiamento dado a essa pesquisa.

Meu muito obrigado a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram neste trabalho e, que por lapso deixei de mencionar.

PASSAGEM DAS HORAS

Fernando Pessoa - Poesia de Álvaro de Campos

Viajei por mais terras do que aquelas em que toquei...
Vi mais paisagens do que aquelas em que pus os olhos...
Experimentei mais sensações do que todas as sensações que senti,
Porque, por mais que sentisse, sempre me faltou que sentir
E a vida sempre me doeu, sempre foi pouco, e eu infeliz.

A certos momentos do dia recordo tudo isto e apavoro-me
Penso em que é que me ficará desta vida aos bocados, deste auge
Desta turbulência tranqüila de sensações desencontradas,
Desta transfusão, desta insubsistência, desta convergência irada
Deste desassossego no fundo de todos os cálices,
Desta angústia no fundo de todos os prazeres,

Não sei se a vida é pouco ou demais para mim.
Não sei se sinto de mais ou de menos, não sei.
Se me falta escrúpulo espiritual, ponto de apoio na inteligência,
Consangüinidade com o mistério das coisas, choque
Aos contatos, sangue sob os golpes, estremeção aos ruídos,
Ou se há outra significação para isto mais cômoda e feliz.

Seja o que for, era melhor não ter nascido,
Porque, de tão interessante que é a todos os momentos,
A vida chega a doer, a enjoar, a cortar, a roçar, a ranger,
A dar vontade de dar gritos, de dar pulos, de ficar no chão, de sair
Para fora de todas as casas, de todas as lógicas e de todas as sacadas,

E ir ser selvagem para a morte entre árvores e esquecimentos,
Entre tombos e perigos e ausência de amanhãs,
E tudo isto devia ser qualquer outra coisa mais parecida com o que eu penso,
Com o que eu penso ou sinto, que eu nem sei qual é, ó vida.

Cruzo os braços sobre a mesa, ponho a cabeça sobre os braços,
É preciso querer chorar, mas não sei buscar as lágrimas...
Por mais que me esforce por ter uma grande pena de mim, não choro,
Tenho a alma rachada sob o indicador curvo que lhe toca...
Que há de ser de mim? Que há de ser de mim?

PÁG

RESUMO ..... *xxix*

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES 35

1. INTRODUÇÃO 39

1.1. Os cânceres e a medicina psicossomática 48

1.2. As emoções e o câncer 51

1.3. Traços de personalidade e o câncer 55

1.4. O paciente frente à doença e à morte 57

1.5. A relação médico-paciente 61

1.6. A relação paciente e família frente à doença 64

1.7. A cirurgia e o câncer: implicações psicossociais 66

1.8. Considerações sobre qualidade de vida e saúde 67

2. OBJETIVOS 71

2.1. Objetivos gerais 73

2.2. Objetivos específicos 73

3. HIPÓTESES FUNDAMENTAIS DO TRABALHO 75

4. PACIENTES E MÉTODOS 79

4.1. Método 81

4.1.1. Delineamento do estudo 81

4.1.2. Sujeitos 81

4.1.3. Critérios de seleção 82

4.1.4. Instrumentos 83

4.1.4.1. Questionário de Características Sociodemográficas 83

4.1.4.2. Questionário WHOQOL-100 84
4.1.4.3. Inventário Multifásico Minesota de Personalidade, MMPI 85
4.1.4.4. Caracterização de tendências a quadros psicóticos e neuróticos 87
4.1.4.5. Escala de Eventos Estressantes 88
4.2. Procedimentos 89
4.3. Estudo Piloto 90
4.4. Análise dos Dados 90
4.5. Aspectos Éticos 91
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 93
5.1. Diagnóstico clínico dos enfermos 96
5.2. Características Sociodemográficas 99
5.3. WHOQOL – 100 – Análise Das Escalas De Qualidade De Vida 141
5.4. Escala de Eventos Estressantes 152
5.5. MMPI – Análise das Escalas de Traços de Personalidade 161
6. CONVIVENDO COM O CÂNCER 179
6.1. Conhecimento do diagnóstico 181
6.2. Relacionamento Familiar 182
6.3. Implicações do câncer no trabalho 182
6.4. Sentimentos depressivos 183
6.5. Ruptura psicossocial 184
6.6. Medo da morte 184
6.7. Atitudes de resignação 185
6.8. Apoio psicológico 185

7. CONCLUSÕES 187

8. PREVENÇÃO 193

8.1. Intervenção nível primário 195

8.2. Intervenção nível secundário 196

8.3. Intervenção nível terciário 197

8.4. Intervenção na fase terminal 197

9. SUMMARY 199

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 205

11. RELATO DAS ENTREVISTAS 231

11.1. Grupo de estudo 233

11.2. Grupo comparativo 316

11.3. Eventos estressantes 366

12. ANEXOS 399

PÁG

Tabela 1: Diagnóstico clínico dos enfermos..... 96

Tabela 2: Local de nascimento..... 99

Tabela 3: Estado de Nascimento..... 100

Tabela 4: Zona de Nascimento..... 103

Tabela 5: Escolaridade..... 104

Tabela 6: Estado civil..... 106

Tabela 7: Sexo..... 108

Tabela 8: Idade..... 109

Tabela 9: Religião..... 110

Tabela 10: Ocupações..... 112

Tabela 11: Hábito de fumar..... 114

Tabela 12: Cigarro de palha..... 115

Tabela 13: Cigarro com filtro..... 119

Tabela 14: Cigarro sem filtro..... 121

Tabela 15: Consumo total de tabaco..... 123

Tabela 16: Consumo de bebida pinga..... 125

Tabela 17: Consumo de bebida cerveja..... 126

Tabela 18: Consumo de bebida vinho..... 127

Tabela 19: Quantidade total de bebida..... 128

Tabela 20: Temperatura da bebida..... 131

Tabela 21: Carne x número de vezes ao dia..... 133

Tabela 22: Consumo de carne..... 134

Tabela 23: Peixe número de vezes por dia..... 135

Tabela 24: Consumo de peixe..... 136

Tabela 25: Consumo de vegetais..... 137

Tabela 26: Consumo de frutas..... 138

Tabela 27: Consumo de cereais..... 139

Tabela 28: Qualidade de vida..... 142

Tabela 29: Medicação no dia-a-dia..... 144

Tabela 30: Sastisfação com a saúde..... 146

Tabela 31: Vida com sentido e significado..... 148

Tabela 32: Escala de Eventos Estressantes..... 152

Tabela 33: Escala MMPI..... 161

Tabela 34: Escala MMPI – Valores entre trinta e setenta..... 166

Tabela 35: Escala MMPI – Valores maiores que setenta..... 168

PÁG

Gráfico 1: Comparação do estado civil..... 107

Gráfico 2: Comparação de sexo..... 108

Gráfico 3: Comparação da idade..... 110

Gráfico 4: Comparação de consumo de cigarro de palha..... 116

Gráfico 5: Comparação de consumo de cigarro com filtro..... 120

Gráfico 6: Comparação de consumo de cigarro sem filtro..... 122

Gráfico 7: Comparação consumo de pinga..... 125

Gráfico 8: Comparação consumo de peixe..... 136

Gráfico 9: Comparação necessidade de medicação..... 145

Gráfico 10: Comparação de satisfação com a saúde..... 147

Gráfico 11: Comparação de sentido de vida e significado..... 149

Gráfico 12: Comparação de eventos estressantes segundo perda suporte social e lei..... 153

Gráfico 13: Comparação de Eventos estressantes dificuldades pessoais..... 158

Gráfico 14: Comparação médias e desvios-padrão das escalas MMPI..... 171

RESUMO

O câncer deve ser estudado como um problema de saúde pública que atinge indivíduos de todas as idades e em todos os continentes, constituindo-se na segunda principal causa geral de morte por doença em todo o mundo, e responsável por seis milhões de óbitos anuais (INCA, 2000). Nos últimos anos verificou-se uma enorme mobilização científica e profissional de todas a ciências da saúde, na busca de maiores compreensões da doença, novas modalidades terapêuticas e de prevenção do câncer.

Esta pesquisa teve como objetivos caracterizar os pacientes do GE e GC do ponto de vista sóciodemográfico, estudar comparativamente os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em relação às características de personalidade dos pacientes com lesões benignas na cavidade oral; ocorrência de eventos estressantes que antecedem a percepção das lesões tumorais e a qualidade de vida dos pacientes dos dois grupos, após a incidência das doenças.

Trata-se de um estudo do tipo caso-comparativo como descrito por FORATINI (1980). Foram estudados (45) quarenta e cinco pacientes do grupo de estudos, cujo diagnóstico são cânceres primários na região da cabeça e pescoço, que foram internados para se submeterem à cirurgia, e (45) quarenta e cinco pacientes do grupo comparativo com lesões benignas na cavidade bucal em tratamento no ambulatório da especialidade otorrinolaringologia (ORL) oral de cirurgia a laser, ambos no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

Uma entrevista foi realizada, seguindo um Questionário de Características Sóciodemográficas, composto por elementos de identificação, de variáveis sóciodemográficas e de aspectos relevantes aos possíveis fatores de risco: hábito de fumar, consumo de bebidas e de alimentos. Aspectos da qualidade de vida foram examinados pelo Inventário WHOQOL-100 para avaliação de qualidade de vida destes pacientes após a percepção da doença. Foi também realizada uma investigação de personalidade mediante o Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI), elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise dos traços das características mais importantes da personalidade, assim como a aplicação da Escala de Eventos Estressantes que contém 43 eventos de vida indicando não somente o estilo de vida do indivíduo, mas, também, as ocorrências que o envolvem. A análise estatística utilizou aplicação de médias, porcentagens, teste do Qui-Quadrado, teste de Fisher e o teste U de Mann-Whitney, sendo considerados apenas os valores de $p< 0,05$.

Como resultados para o WHOQOL-100, observa-se que o número de pacientes que se encontravam muito satisfeitos é também menor no GE, num total de um paciente em relação ao GC, num total de dois pacientes, com diferença estatística de p=0,0080. Notamos, também, que o número de pacientes que declaram sentir que vida tem 'muito pouco' significado, se mostra pouco relevante, estatisticamente, com um total de um paciente no GC. Da mesma forma, um paciente do GE, declarou não ter a vida 'nenhum' (nada) significado. Estatisticamente ficou evidenciado diferença de p=0,0027.

Sobre eventos estressantes notou-se que 40% dos pacientes do grupo de estudo e 36,6% pacientes do grupo comparativo referiram 'morte de parente próximo' nos 24 meses que antecederam a doença. Vinte por cento dos pacientes do grupo de estudo e 4,44% dos pacientes do grupo comparativo com (p= 0,0243) referiram 'morte de amigo próximo'. Houve diferença estatística significativa no MMPI entre os grupos apenas para a escala F-Erro, com mediana 63% no GE, em comparação ao GC, com mediana 59% e P=0082 e, na escala Hy-Histeria com mediana 45% no GE, em comparação ao GC, com mediana 51% e p= 0=0356. Os resultados do MMPI demonstraram valores maiores para os grupos de estudo em relação ao grupo comparativo nas escalas Pa-Paranóia, Pt-Psicastenia, Sc-esquizofrenia e Ma-Hipomania caracterizando segundo o teste um quadro de psicose.

CONCLUSÃO

Observou-se que ambos os grupos exibem a predominância da religião católica; possuem baixo padrão de renda socioeconômico, são migrantes nativos da zona rural, com trabalho em funções não-qualificadas e mal remuneradas. Assim como possuem hábito de fumar estatisticamente idêntico, havendo, contudo, maior concentração no GE com hábito intenso de marca mais ordinárias e baratas de cigarros e fumo de rolo (cigarro de palha), enquanto no GC a incidência maior é de cigarros com filtro. A associação de alta ingestão de bebida com maior teor alcoólico é um dos principais fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço, sendo maior no GE, enquanto no GC a porcentagem maior ficou para 'não bebe'.

Os dados nos mostram que os traços de características de personalidade de histeria, maior para o GC, manifestam um comportamento de expressão ativa de suas emoções perante frustração, agressão e contrariedade, evidenciando desta forma um comportamento de 'gritar por socorro', oposto ao GE, no qual ocorre a repressão de raiva e agressão. O aspecto de desesperança é o oposto do de gritar por socorro, sendo assim, um indicador da expressão bloqueada de sentimentos e necessidades. Tal bloqueio, juntamente com a colocação de si mesmo à parte e uma a aceitação da repressão microssocial, além da intensa necessidade de harmonia, idealização e superajustamento, comporiam o quadro típico do doente canceroso.

Constatou-se nestes pacientes que havia uma necessidade de se preservar de todo abalo afetivo, e de toda idéia que provocasse o risco de despertar conflitos arcaicos dificilmente representáveis. Esta exclusão contínua, quando não é compensada por sintomas neuróticos, chega a um sobreinvestimento da realidade exterior que contribui na formação da imagem ilusória de um indivíduo aparentemente superestável, capaz de enfrentar todos os imprevistos da vida. Ficou demonstrado, contudo, que este processo não leva a uma estrutura caracterizada pela falta de defesas, ao contrário, a uma forma de defesa maciça, contra as angústias psicóticas. As características psicóticas parecem ser uma defesa às angústias insuportáveis ou uma alternativa desses enfermos diante da situação de perdas, num esforço de livrar-se das dores existentes e, em última estância, de si mesmo. A revisão da literatura está em acordo com os dados obtidos.

É de extrema importância enfocar-se que as características semelhantes, porém, não iguais, dos dois grupos, evidencia o GC como um grupo de alto risco para o desenvolvimento de um câncer. O compromisso social das ciências da saúde inclui a formação de profissionais capacitados para identificar perfis de personalidade e comportamentos de risco intervindo no sentido de promover mudanças que propiciem novos estilos de vida, assim como estudos numa abordagem multidisciplinar, que incluam os fatores de risco, a prevenção, a evolução, o tratamento, a personalidade e o luto, nestes estudos, em diferentes abordagens médicas, sociológicas e psicológicas.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Quando iniciei os estudos sobre este tema, tinha consciência, apenas superficial, dos motivos que me inquietavam. Sempre que me perguntava o por quê deste interesse, encontrava na minha experiência profissional clínica, o testemunho do surgimento de arritmias cardíacas, úlceras, dermatites e câncer, em pacientes que atravessavam, em suas vidas, mudanças traumáticas, como divórcio, perda de emprego, falência e luto. Sentia uma necessidade interior de compreender melhor estas situações.

Em um outro momento de meu percurso profissional, na busca de um tema dentro do estudo sobre o câncer, que fosse ao mesmo tempo inovador e útil a todos os envolvidos nesta problemática, iniciei um trabalho de pesquisa, através de entrevistas, com médicos oncologistas, cirurgiões, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras, nas cidades de Campinas e Piracicaba. Constatei uma forte preocupação com os aspectos físicos e emocionais relacionados aos pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço, pois as dificuldades geradas no acompanhamento clínico destes pacientes e seus familiares, tornam a execução do tratamento médico para estes, difícil e penoso.

Os relatos destes profissionais trouxeram-me questões perturbadoras e complexas. Para melhor compreensão, citarei algumas frases ouvidas neste meu início de percurso do estudo desta patologia, envolvendo a relação médico-paciente com câncer e de seus familiares.

> *"Um estudo bastante interessante seria sobre o câncer cabeça e pescoço - o aspecto mutilador traz seqüelas graves. São pacientes que beberam e fumaram a vida toda e, quando adoecem, é comum ouvir da família - depois de tudo apronta mais essa. Geralmente, é difícil tratar tanto do paciente, como da família - eles têm problemas demais...".*
>
> *"Você consegue entender, como uma pessoa não dá remédio para o marido? Só porque ele estava dormindo gostoso, sabendo que ele precisa do remédio para não morrer?"*
>
> *"A família vela o morto antes dele morrer. Você imagina o sofrimento que é, ver a família esperando você morrer logo..."*
>
> *"Os conflitos familiares são tão grandes, que o paciente nem adere a um tratamento programado".*

"A família ajuda, mas, na maioria das vezes, atrapalha o tratamento, o atendimento, porque influencia demais o paciente".

"Acho que você vai pegar uma bomba, mas precisamos disto". (Em referência ao estudo sobre pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço).

Durante estas poucas entrevistas, experimentei momentos de grande riqueza emocional. Assim, já neste processo de estudos, sentia-me cada vez mais motivada em aprofundar os dados relacionados aos sentimentos e as condutas dos pacientes acometidos com cânceres de cabeça e pescoço que estivessem aguardando a cirurgia e, necessariamente, se defrontando com situações inusitadas em suas vidas.

1. INTRODUÇÃO

> Câncer causa ansiedade mais intensa em pessoas que padecem desta doença, e mais apreensão na sociedade, do que quase nenhuma outra doença. No entanto, devido aos recentes avanços nos tratamentos médicos, o público ainda superestima a mortalidade por câncer e, freqüentemente, o diagnóstico de câncer iguala-se ou é equivalente a morte iminente (SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY, p.917,1996).

Conforme os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer deve ser estudado como um problema de saúde pública que atinge indivíduos de todas as idades e em todos os continentes, constituindo-se na segunda principal causa geral de morte por doença em todo mundo, sendo responsável por seis milhões de óbitos anuais (INCA, 2000).

Nos Estados Unidos, a expectativa de morte causada por câncer, em 1996, era de aproximadamente 550.000 pessoas, sendo responsável por um em cada cinco mortes (MICHALUART, 1999). Dados recentes indicam que nos Estados Unidos surgem em torno de 1,3 milhão de casos novos observados a cada ano; no mesmo período, cerca de meio milhão de pessoas morrem por uma das mais de cem formas da doença (SCHILLER, 2000). No Brasil, a incidência destas doenças, em especial dos carcinomas espinocelulares da cavidade oral, tem aumentado significativamente e, apesar da precariedade das estatísticas disponíveis, já constituem um dos tipos mais comuns de tumores malignos (CERNEA, 1991).

Dados obtidos através de exames anatomopatológicos, no período de 1976 e 1980, demonstram que os cânceres de boca, esôfago e laringe, encontram-se entre as dez neoplasias malignas mais incidentes no Brasil (BRUMINI *et al.* 1982). Sabe-se que a incidência de câncer da cavidade oral, em moradores de regiões metropolitanas, encontra-se entre as maiores taxas do mundo. Na região da grande São Paulo, a ocorrência do câncer de língua e outras partes da boca, excluindo lábios, no sexo masculino, está em torno de 7,4/100.000 indivíduos (FRANCO *et al.* 1989).

Em 1997, a taxa bruta de incidência estimada (por 100.000 habitantes), para tumores de boca, foi de 7,48% para homens e 2,6% para mulheres, com taxa bruta de mortalidade de 1,9% e 0,49% respectivamente; destes casos 64,3% em pacientes portadores de tumores em estádios clínicos III e IV (BRASIL, 1997).

Em estudo semelhante realizado no Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A.C. Camargo, em São Paulo, HAMADA & NISHIMOTO, TORLONI (1997) concluíram que 52% dos pacientes atendidos no ano de 1994 apresentaram câncer em estádio avançado. No que se refere aos pacientes com tumores de cabeça e pescoço, se observou a seguinte distribuição por estadiamento clínico: I-13%, II-10,3%, III-17,3%, IV-38% e, sem condições para estadiamento – 20,6%.

Dados do INCA (2000) e MAMERI (1998) ressaltam que o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil, ficando abaixo apenas das doenças cardiovasculares. Em 1995 as neoplasias foram responsáveis por 11,1% dos 893.877 óbitos registrados. Destes, 53% ocorreram entre os homens e 46,2% entre as mulheres. Dividindo por regiões, pode-se obter os seguintes dados de mortalidade por neoplasias no Brasil: 7,8% na região Norte, 6,8% na região Nordeste, 10,2% na região Centro-Oeste, 12,1% na região Sudeste e, 15,2% na região Sul.

Segundo SCHILLER (2000), estima-se que nos países desenvolvidos, uma em cada três pessoas desenvolverá câncer algum dia. Na cidade de São Paulo, registram-se por volta de 140 novos casos por ano, para cada milhão de habitantes. De cada cem pacientes, dois terão menos de quinze anos de idade, sendo o câncer a principal causa de morte infantil, por doença, determinando 10% das mortes entre crianças e adolescentes. Estes registros têm mostrado uma tendência de aumento nos últimos anos.

NEVOLA (1999), atento às dificuldades do tratamento médico e dos fatores econômicos a ele associados, realizou um estudo retrospectivo sobre gastos com diagnóstico e tratamento incluindo radioterapia e quimioterapia no câncer avançado de cabeça e pescoço. Obtiveram os seguintes resultados em relação à radioterapia: o gasto médio para um tratamento pelo Sistema Único de Saúde – (SUS) foi de R$1.382,80 e para a Associação Médica Brasileira (AMB) foi de R$1.747,13. Os gastos com quimioterapia mostram valores de R$1.093,10 para o SUS na quimioterapia neo-adjuvante, em regime

hospitalar e, R$5.171,54 para quimioterapia concomitante à radioterapia, em regime ambulatorial. Com a aplicação do índice APB[1], a quimioterapia neo-adjuvante representou um gasto de R$9.312,21 e, concomitante a radioterapia, R$3.115,73. Estes valores nos mostram que os tumores de cabeça e pescoço acarretam gastos enormes, mesmo para o sistema público de saúde.

Procurando conhecer os perfis dos pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço, THORNE & ETHERINGTON, BIRCHALL (1997) observam contam que eles são geralmente alcoólatras, fumantes e pertencem às classes socioculturais baixas.

SHERMAN JR (1991) concentrado-se nos aspectos clínicos, especifica que o câncer na região da cabeça e pescoço engloba a cavidade oral (o lábio, a mucosa bucal, as gengivas, o palato duro, a língua e o assoalho da boca), orofaringe (as amídalas, o palato mole, a base da língua, o nasofaringe, o hipofaringe, a fossa nasal e osseios paranasais), laringe (a glótica e a supraglótica) e as glândulas salivares. São 90-95% carcinomas espino-celulares, de origem ectodérmica e com vários graus de diferenciação, na maioria em homens, entre 50 e 60 anos de idade.

Com o objetivo de ajudar no planejamento do tratamento e oferecer alguma indicação no prognóstico e facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento, o sistema TNM (HERMANEK, 1995) é a classificação mais utilizada para os tumores malignos. Os tumores são estadiados de acordo com o tamanho (T), com a presença de linfonodos regional (N) e presença de metástase à distância (M).

É importante atentar para o fato de que, quando o diagnóstico de câncer na região da cabeça e pescoço é realizado, 40% dos pacientes já possuem um ou mais gânglios metásticos. Com exceção de lesões bucais, que podem se manifestar por nódulos ou úlceras que chamem a atenção do paciente, e dos tumores glóticos, que precocemente causam disfonia, os demais tumores crescem de forma assintomática. A dor, em geral, aparece tardiamente. Assim, mais de 50% dos tumores são detectados em fase avançada e apresentam manifestações clínicas da doença como disfonia, dispnéia, disfagia, perda de peso, otalgia reflexa, trismo (SCHRIJVERS & LEFEBVRE, VERMORKEN, 1997).

[1] APB - União das tabelas (A)AMB + (P) Empresa Privada de Seguro Saúde + (B) Brasíndice

O prognóstico depende, em parte, da invasão local e está relacionado com o comprometimento ou não de gânglios linfáticos. Para um tumor de qualquer tamanho e região, a sobrevida de cinco anos é de cerca de 50%. Quando há comprometimento ganglionar, decai para 30%; quando há envolvimento de linfonodos e o tumor rompe a cápsula do gânglio, fica abaixo de 20% (SHERMAN JR, 1991; CERNEA, 1991).

O aparecimento de múltiplos tumores primários é relativamente comum, o que reforça a necessidade de acompanhamento longitudinal clínico dos pacientes. Mesmo após o primeiro tratamento, o paciente ainda corre o risco de desenvolver um segundo câncer, principalmente na área da cabeça e pescoço, árvore traqueobrônquica ou esôfago, ou ter recidiva do primeiro tumor (SHERMAN JR, 1991).

Esta concepção articula-se à compreensão de vários outros autores, que descrevem os pacientes portadores de cânceres na região da cabeça e pescoço como sendo um grupo de risco para o desenvolvimento de um segundo tumor primário, principalmente em esôfago (ANTONIOLI, 1993; ROBINSON & NEUGUT, 1995; ALMEIDA & ALCANTARA, BEVILACQUA, 1996).

A média anual de incidência de um segundo câncer do trato aerodigestivo alto no intervalo de um ano após o diagnóstico confirmado de câncer na região de cabeça e pescoço, é de 14,7/1000 dos pacientes considerados de risco (ROBINSON & NEUGUT, 1995).

Como princípio geral, para o tratamento, um estudo multidisciplinar é essencial na determinação da conduta terapêutica. Segundo SHERMAN JR (1991), a escolha das modalidades de tratamento depende de vários fatores como o tamanho do tumor primário, a presença de envolvimento ósseo ou muscular, possibilidade de preservação de função (fala, deglutição) e a probabilidade de ressecção cirúrgica completa (SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY, 1996).

A cirurgia é em geral uma das formas de tratamento de escolha, geralmente extensa, podendo incluir remoção do tumor primário mais uma área anexa de margem de segurança, esvaziamento cervical uni ou bilateral, reconstrução e traqueotomia. As seqüelas são significativas, pois podem ser temporárias ou pelo resto da vida do paciente e podem

acarretar alterações na estética, na respiração, na fonação, na mastigação ou na deglutição. Com os avanços em anestesiologia, reconstrução cirúrgica e reabilitação protética, tornaram-se possíveis ressecções muito mais extensas do câncer com aumento da margem de segurança e aumento das taxas de cura (SHERMAN JR, 1991).

Em decorrência do tratamento, é freqüente o surgimento de sintomas como emagrecimento, anemia, possíveis deformações ou sangramentos. O paciente passa a vivenciar um acréscimo de problemas como: ansiedade, depressão, fadiga, anorexia, problemas digestivos e cardiocirculatórios. Tipicamente, os pacientes experimentam significante estresse emocional, revolta familiar e ruptura psicossocial (SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY, 1996).

Poucas doenças têm demonstrado ser tão dependentes de uma etiologia multifatorial, como o câncer. Na etiopatogenia pode-se incluir fatores como: uma falha do sistema imunológico em algum momento de sua programação; ser uma doença geneticamente determinada; ser susceptível a vários fatores ambientes, tais como raios ultravioletas ou substâncias tóxicas presentes no habitat humano; ser dependente de fatores alimentares, como dietas ricas em gordura; ser decorrente de múltiplos agentes virais, como os oncovírus, que explicam a etiologia de muitos tipos de câncer e, também, ser susceptível a fenômenos de estresse e a fatores psicológicos (MELLO FILHO & MOREIRA, 1992).

Estudando a etiopatogenia destes tumores, CERNEA (1991) relaciona-os a alguns fatores predisponentes como o fumo, com incidência de 6,3 a 13,9 vezes maior de câncer bucal em fumantes do que em não-fumantes; o álcool, com aumento destes tumores entre etilistas; e a associação fumo e álcool, quando ocorre uma potencialização dos efeitos deletérios de ambos os agentes. Outros fatores possíveis incluem os fatores ambientais, pois, para este autor, um papel da gênese destes tumores se relaciona com a inalação de algumas substâncias, como agentes químicos, pó metálico ou de madeira, amianto, conferindo um caráter ocupacional a algumas destas lesões. Existem, ainda, algumas lesões pré-malignas: lesões brancas (leucoplasias) ou avermelhadas (eritroplasias), que podem constituir fases iniciais de tumores malignos, principalmente da cavidade oral.

Entretanto, os fatores de risco mais relacionados com os tumores de câncer cabeça e pescoço são o álcool e o fumo. Isto tem sido demonstrado por estudos epidemiológicos prospectivos e retrospectivos (FRANCO *et al.* 1989; LEWIN *et al.* 1998; ZAIN, 2001).

O fumo tem sido considerado um fator etiológico em potencial para diversos tipos de neoplasias. Através da fumaça inalada, que apresenta várias substâncias cancerígenas, ele pode provocar câncer em vários órgãos, com as quais mantém contato íntimo. Como explicação para o mecanismo do fumo inalado, induzindo câncer de esôfago, NEWCOMB & CARBONE (1992) notaram que os carcinógenos da fumaça do tabaco têm extenso contato, principalmente, no trato aerodisgestivo alto. Após condensar-se na membrana mucosa da boca e faringe, é eliminada pelos pulmões, sendo, então também, deglutida. Segundo estes autores, este contato com o epitélio esofagiano pode ser um dos responsáveis pelo surgimento de uma neoplasia.

Quanto ao álcool, este acelera os mecanismos de carcinogênese, na mucosa aerodigestiva alta, por alterar a bioquímica e a imunologia dos indivíduos, aumentando o risco de transformação maligna e proliferação celular. Nos indivíduos com alto consumo de bebidas alcoólicas, ocorrem deficiências nutricionais, além do dano hepático, que aceleram os processos de carcinogênese (SCHOTTENFELD, 1979). Assim como no câncer de cavidade oral e de laringe, o consumo de álcool parece agir sinergicamente com o fumo, podendo aumentar de 25% a 50% o risco de desenvolvimento de uma neoplasia maligna de esôfago (WILLIAMS & HORN, 1977; SHOTTENFELD, 1984; DIETZ & HELLER, MAIER, 1991).

Ao longo da história, o câncer tem sido foco de observações. Relatos de casos de câncer remontam a Antigüidade, pois papiros egípcios de 3500 a.C., assim como escritos babilônicos e indianos, já descreviam a doença. Na Grécia, no século V a.C., na escola de Hipócrates, surge o termo 'Karcinos', que significa 'caranguejo'. Acredita-se que o nome teve origem nas dores que a doença provoca, semelhante às ferroadas do crustáceo. Uma outra versão sugere que a dilatação dos vasos sangüíneos que alimentam o tumor cria um desenho que lembra as patas de um caranguejo (SCHILLER, 2000).

Também, não é recente a observação de que estados emocionais estariam, provavelmente, relacionados ao surgimento de muitas doenças orgânicas, entre elas o câncer. Há, aproximadamente, cinco mil anos, escritos da medicina chinesa já assinalavam esta relação. Alguns autores associam o seu surgimento a traumas específicos e a condições psicológicas como o luto, a ansiedade, decepções, entre outros (CARVALHO, 1992).

Na busca de maior compreensão sobre o tema, durante a década de 1950, surgiu estudos (DUNBAR, 1950; ALEXANDER, 1950) com orientação psicanalítica, sobre a estrutura de personalidade dos pacientes com câncer. As conclusões baseavam-se em conjecturas clínicas, e as únicas fontes de informações eram as experiências do médico e os estudos retrospectivos. Mais recentemente foram sofisticando as técnicas de pesquisas, utilizando-se grupos comparativos, análises estatísticas mais aprimoradas e recursos multidisciplinares, que passaram a incluir os fatores de risco, a prevenção, a evolução, o tratamento e o luto, nestes estudos, em diferentes abordagens médicas, sociológicas e psicológicas. Como resultado, estes estudos identificaram três tipos de risco psicossocial: o estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais (CARVALHO, 1992).

Na tentativa de enumerar e quantificar os elementos estressores, alguns autores como HOLMES & RAHE, da Washington School of Medicine, criaram uma escala de 'Avaliação e Readaptação Social', na qual listam vários eventos sociais, como morte do cônjuge, divórcio, etc. Ao usarem esta forma de avaliação objetiva a mudanças observáveis na vida das pessoas, estes autores foram capazes de predizer o aparecimento de doenças, com grande grau de exatidão estatística, associadas a estas ocorrências (SIMONTON & MATTHEWS-SIMONTON, CREIGHTON, 1987).

A respeito da influência da personalidade no surgimento ou desenvolvimento de câncer, têm surgido três tipos de pesquisas nesta área. No primeiro grupo têm sido realizados estudos das possíveis relações entre medidas psicossociais, incluindo os traços de personalidade, obtidas cinco a dez anos antes e o subseqüente surgimento do câncer (DATTORE & SHONTZ, COYNE 1980).

O segundo grupo de pesquisa envolve o uso de dados psicossociais obtidos na época do diagnóstico de câncer, para determinar se fatores de personalidade estão associados com a evolução posterior da doença (GREER & MORRIS, PETTINGALE, 1979).

O terceiro grupo de pesquisa se detém à análise de dados psicossociais ao tempo do diagnóstico, determinando se esses dados estão relacionados a marcadores imunológicos e histológicos de prognóstico da doença (BALTRUSCH *et al.* 1988).

CARVALHO (1992) ressalta que não se pode deixar de pensar na influência que os traços de personalidade têm na maneira do indivíduo lidar com a vida. A repressão crônica, que impede a expressão das necessidades e afetos, tem conseqüências negativas do ponto de vista biológico e psicológico.

Da mesma forma, BALTRUSCH *et al.* (1988) enfatiza que os recursos pessoais que o indivíduo tem para lidar com o estresse são da maior importância para a adequação às diversas situações de vida. Para este autor, condições adversas são importantes no estabelecimento de maiores vulnerabilidades. Ele observa, como muitos outros autores (PELLER, 1940; LESHAN, 1959; SCHAMALE & IKER, 1966; FOX 1978; BAHNSON, 1981), que perdas e separações parecem constituir elementos importantes na desestabilização da saúde e comentam que tanto perdas reais, como ameaças de perdas, podem ter o mesmo efeito.

1.1. OS CÂNCERES E A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

SILVA (1976), realizando um levantamento histórico, cita alguns filósofos da Antigüidade, destacando que a medicina psicossomática remonta e já teria sido praticada pelos egípcios. Ele chama a atenção para o fato de que alguns filósofos não desconheciam a influência dos fatores emocionais nas doenças orgânicas. Platão já afirmava a necessidade em não separar o corpo do espírito, pois para ele o homem seria um todo integral e indivisível. Aristóteles, também, considerava não ser possível cindir o ser humano em alma pensante e corpo vivente. Para ele, todas as afecções da alma se associavam às do corpo:

assim, os sentimentos como o medo, o ódio, o amor, quando surgem, atuam sobre o corpo. Para Sócrates, a sabedoria dos médicos da Trácia devia-se ao fato de sustentarem não haver possibilidade de alívio dos sintomas físicos, sem antes curar a mente.

Ainda SILVA (1976), destaca que Hipócrates, consagrado como o pai da medicina e o pioneiro da medicina psicossomática, entendia a doença como sendo um desequilíbrio nos humores corporais, em conseqüência das disposições naturais ou temperamento do paciente, das influências do meio ambiental e de suas ações atuais. Toda sua obra tinha como fundamento à necessidade de o médico possuir completo conhecimento do homem, não só da sua constituição física, como também da psíquica, do meio em que vive, da sua alimentação e organização social. Em seus trabalhos, além de examinar cuidadosamente seus pacientes, iniciou, também, a prática de conversar com os parentes de seus pacientes, sobre o que sabiam a respeito da doença.

Seguindo um caminho semelhante, LESHAN (1959), realizando um estudo de revisão da literatura, observa que a idéia da existência de uma dimensão psicossomática na doença neoplásica nunca foi estranha ao pensamento médico e que, desde a Antigüidade, a doença era geralmente associada à estrutura de personalidade. Com base na doutrina de humores corporais, que proporciona uma explicação da relação entre neoplasia e psiquismo, o médico romano Galeno (200 d.C) acreditava que mulheres melancólicas eram mais predispostas ao câncer.

Neste tópico, convém lembrar que importantes trabalhos têm sido realizados como determinantes de causa e efeito como o de GRODDECK (1988), que colocou em evidência a dupla função do sintoma: de um lado a realização simbólica de um desejo, em geral inconsciente, proibido, e de outro, a punição, através do sofrimento ocasionado pelo sintoma. O sintoma faz sofrer e consola ao mesmo tempo. Em relação à doença, ele afirma ser uma representação simbólica de um conflito íntimo e que proporciona um repouso, desperta o respeito, protege do mundo exterior. A doença constitui o último refúgio de liberdade do indivíduo, quando a vida se tornou insuportável, o que explica por que o ser humano não renuncia a ela facilmente.

Torna-se fundamental destacar o trabalho de MARTY (1993), um dos fundadores da Escola Psicossomática de Paris, em 1947. Em suas palavras 'o homem é psicossomático por definição'.

MARTY & M'UZAN, DAVID desenvolveram em 1967 o conceito de 'pensamento operatório'. Este conceito refere-se a um pensamento consciente, com carência de atividades representativas e de conteúdos oníricos. Tal pensamento é orientado para a realidade, preocupado com a causalidade, e está ligado às coisas reais e não a conceitos abstratos, sugerindo um processo de pouca conexão com as palavras, investimento em nível arcaico e tendência a desenvolver perturbações somáticas.

Com base nesta descrição, SIFNEOS (1973) e NEMIAH (1977) criaram o conceito de 'alexitimia'. De origem grega, esta palavra significa: a= falta; lexis= palavra e thymia= emoção, ou seja, 'sem palavras para a emoção'. Os indivíduos que somatizam têm muita dificuldade para verbalizarem suas emoções.

Segundo MARTY (1993), os pacientes com clássicas doenças psicossomáticas apresentam um distúrbio específico nas funções simbólicas e afetivas, que lhes confere uma comunicação estéril e inexpressiva, distante do seu inconsciente, revelando um comportamento superadaptado ao pensamento do grupo a que pertencem, mas distantes dos seus reais desejos.

Para McDOUGALL (1982) e TAYLOR (1987), o indivíduo alexitímico tende a não reprimir as idéias perturbadoras e os afetos dolorosos, mas a excluí-los da psique. Revela dificuldade para simbolizar conflitos instintivos e fantasias, afetando o corpo, apresentando, assim, maior propensão a enfermidades físicas e alterações estruturais.

Na opinião de McDOUGALL (1982), a alexitimia é uma defesa notavelmente forte contra o sofrimento psíquico e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos, com falha na internalização de funções maternas confortantes.

TAYLOR (1987), por sua vez, afirma que o indivíduo alexitímico diferente do indivíduo normal e do neurótico, não desenvolve, sob fatores estressantes, sintomas neuróticos. Ele torna-se mais propenso a abusar do álcool, a experimentar fisicamente angústias e a desenvolver enfermidades físicas com mudanças tissulares.

1.2. AS EMOÇÕES E O CÂNCER

O reconhecimento da utilização do modelo biopsicossocial na investigação oncológica, segundo GROSS (1989), advém do que ele considera como sendo o insucesso da concepção exclusivamente biomédica em restringir o aumento da doença. Para o autor, a doença deve ser avaliada sob a perspectiva biopsicossocial, que dirige a atenção para as dimensões comportamentais, psicológicas e sociais da doença, ao contrário do paradigma biomédico, no qual a doença pode ser explicada por desvios da norma de variáveis biológicas mensuráveis.

Examinando diversas obras escritas nos dois últimos séculos, na França, na Inglaterra e nos EUA, a respeito do papel desempenhado pelas emoções na causa do câncer, KOWAL (1955) surpreendeu-se com a convicção de muitos médicos que, desde aquela época, acreditavam na maior suscetibilidade à doença por parte de pessoas que sofreram grandes transtornos e decepções na vida.

LESHAN (1959) nos relata também que, nos séculos XVIII e XIX, diversos médicos impressionaram-se pela freqüência com que determinadas situações de vida tendiam a estar presentes antes do surgimento da doença. Tratava-se, em geral, da perda ou separação de pessoas chaves para o sujeito, ou da frustração de objetivos de vida significativos, e o que parecia subjazer a estas situações era um intenso sentimento de desesperança e abandono.

Ao se interessar por este tema, MELLO FILHO (1994) realizou um estudo em que relata que GRINBERG (1978), ao retomar os estudos de FREUD (1919) e MELAINE KLEIN (1964) sobre o luto afirma que não apenas a perda de um ente querido leva ao estado de luto; mas qualquer situação de perda de uma pessoa próxima, dos pais, de status, de um ideal, requer sua superação e conseqüente luto.

O mesmo autor mostra que FOQUE (1931), considerado o pioneiro da moderna cancerologia, comenta a importância dos estados psíquicos no surgimento das neoplasias, uma vez que tornavam as células 'receptíveis às transformações malignas'.

Comenta ainda que PELLER (1940) foi um dos primeiros a enfatizar a significação das situações de perda, demonstrando uma maior predisposição de viúvos ao câncer. GREENE (1966), por sua vez, ao fazer um estudo de linfomas e leucemias, também observou que a doença ocorria com freqüência após situações de perdas e separações, que provocavam sentimentos de depressão e ansiedade.

Num cuidadoso estudo, LESHAN & WORTHINGTON (1956) estudaram 250 pacientes com diversas neoplasias, a fim de verificar se havia padrões de histórias de vida ou de fatores de personalidade correlacionados com o câncer. Os autores identificaram alguns fatores característicos dos pacientes com câncer. Havia a perda de uma relação significante (freqüentemente cônjuge ou filhos), de seis meses a oito anos antes da observação dos sinais do tumor, e deficiência em estabelecer uma catexia[2] substituta satisfatória.

LESHAN & WORTHINGTON (1956) constataram, também, um bloqueio psicológico e, na capacidade de expressar sentimentos e emoções hostis, e a existência de uma fachada social de bondade e generosidade. O paciente conseguia exprimir agressão ou hostilidade em defesa de outras pessoas ou de ideais, mas encontrava grande dificuldade na expressão de raiva, quando em defesa de si mesmo. Encontraram, também, em seus pacientes, fortes sentimentos de culpa e inferioridade pessoal, ou seja, o sujeito não acreditava ter valor e não aprovava a si mesmo. Tensão no relacionamento com um ou ambos os pais, principalmente quando já falecidos, com culpa e ansiedade ainda presentes, também foram relatadas por estes enfermos.

SCHAVELZON (1965), outro grande estudioso das relações entre psique e neoplasia, cita EVANS (1926), que estudou 100 pacientes e descobriu o fato comum de que estes perderam uma parte de suas relações antes da neoplasia. SCHAMALE & IKER (1966) fizeram um estudo em um grupo de 40 mulheres assintomáticas, porém predispostas ao câncer uterino (classe III de Papanicolau), e tentaram prever quais desenvolveriam ou não a neoplasia. Utilizaram entrevistas e testes de personalidade, capazes de detectar a presença de fortes sentimentos de desesperança ao longo de suas vidas e como reações a perdas recentes. Suas previsões foram corretas em 31 dos 40 casos.

---

[2] [Do gr. káthexis, 'ação de parar, de reter'.] S. f. Psican. Aplicação, consciente ou não, de energia psíquica em pessoa, coisa ou idéia (AURÉLIO, 1999); catharsis- descarga adequada dos afetos patogênicos (LAPLANCHE & PONTALIS 1986).

Em 1966, dispondo de 450 histórias de vida emocional de adultos com câncer e de uma experiência de psicoterapia individual com 45 sujeitos nestas condições, LESHAN realizou o trabalho considerado o mais completo, até os dias atuais, sobre as emoções e o câncer. Confirmando seus achados anteriores, o autor relata que estes pacientes têm uma freqüente história de abandono, solidão, culpa e autocondenação. Apresentaram a perda de uma relação significativa antes do início da doença, a incapacidade de expressar sentimentos hostis, e tensão em relação à figura parental, além dos sentimentos de desamparo e desesperança. Acrescentou aos seus estudos uma perspectiva existencialista, destacando a qualidade de desespero, (no sentido Kierkegaardiano[3] do termo), em que este se refere à relação do homem consigo mesmo e decorre da sua impossibilidade de livrar-se do seu eu. Eis um trecho da sua reflexão:

> Ao se fazer, o homem deseja sempre se desfazer de seu eu, do eu que ele é, para se tornar um eu de sua própria invenção. Ser esse 'eu' que ele quer e, teria feito todas suas delícias – ainda que, em um outro sentido, seu caso teria sido também desesperado – mas este seu constrangimento, a ser o 'eu' que ele não quer ser é seu suplício: ele não pode se livrar de si mesmo(...). (KIERKEGAARD, S., 1990 p. 356-60).

BAHNSON & BAHNSON (1966) concordam que a perda e a depressão podem ser antecedentes significativos para o início do câncer, porém, acreditam ser necessário haver mais que desespero e depressão para induzir tal 'solução psicológica particular'. Para esses autores, as defesas repressivas são os aspectos mais característicos dos doentes com câncer, associados à ausência de liberação de afeto indesejável, um dos mais fortes indicadores desta repressão. Para avaliar experimentalmente sua hipótese, os autores utilizaram um questionário do tipo verdadeiro/falso, o qual foi aplicado em 25 pacientes, com vários tipos de tumor. Concluíram que os pacientes com câncer mostraram uma negação maciça de tudo que pode ser visto como socialmente indesejável.

[3] Pertencente ou relativo ao filósofo existencial e teólogo dinamarquês Sören Aabye Kierkegaard (1813-1855), ou à sua doutrina (AURELIO, 1999). Conhecido como o 'pai do existencialismo, seus trabalhos cruzam os limites da filosofia, teologia, psicologia, crítica literária, literatura devota e ficção.

KISSEN (1966), um autor considerado clássico a este respeito, pela extensão, seriedade e abrangência de sua obra, estudou particularmente o câncer de pulmão e deduziu, da observação de 300 pacientes internados, que estes apresentavam uma 'incapacidade inconsciente' para lidar adequadamente com conflitos emocionais, ou seja, levantou a hipótese de que a suscetibildade ao câncer estaria relacionada com a repressão das emoções.

GREER e MORRIS (1975) replicaram o estudo de KISSEN (1966), examinando 160 mulheres com distúrbios de mama, das quais 69 tinham câncer e 91 tinham tumor de mama benigno. Foi encontrada uma 'extrema supressão de raiva e de outros sentimentos' nas pacientes doentes com câncer, significativamente maior do que nos comparativos.

MORRIS *et al.* (1981) referem que os doentes de câncer investigados manifestaram uma supressão consciente das emoções, e não a negação inconsciente das mesmas. Esta interpretação se aproxima do ponto de vista de outro autor, FOX (1978), para quem a 'submissão forçada', durante períodos vulneráveis da biografia de uma pessoa, pode ser um poderoso estressor. O autor estudou, particularmente, a associação de neoplasias com situações de vida entendidas como 'sem saída', como o luto e a perda de trabalho sob condições econômicas desfavoráveis.

Num artigo individual, BAHNSON (1980) vai mais adiante em suas conclusões sobre a psicodinâmica do câncer, enfocando as relações na infância, em que a individualização da criança é antecipada e há isolamento e distanciamento recíproco entre as pessoas principalmente das figuras parentais. Neste tipo de relacionamento, a criança ficaria impedida de expressar afeto, sendo impelida a um autocontrole prematuro, que está na dependência da negação e repressão de desejos e sentimentos difíceis.

Esta opinião é compartilhada por THOMAS (1976), que relata ter encontrado uma relação evidente entre incidência de câncer e uma freqüência mais baixa de sintomas afetivos negativos (depressão, ansiedade, raiva), em uma população de 1.337 estudantes de medicina, em estudo realizado entre 1948 e 1964, com acompanhamento até junho de 1973.

SILVA & CALDEIRAS (1992), retomando o conceito de alexitimia, acreditam na existência da família alexitímica, isto é, pais que criticam ou deixam em dúvida quanto ao afeto pela criança; às vezes, até lhe indicam o que deve ou não sentir. A criança acaba não sabendo o que pode ou não exprimir, prejudicando o desenvolvimento e o amadurecimento afetivo-emocional.

Observe-se que a literatura apresentada até o momento está em concordância com o fato de que os pacientes com câncer teriam uma particular dificuldade em lidar com sentimentos depressivos, hostis e culposos, usando de mais negação e repressão que outras pessoas. O papel das emoções no câncer pode, segundo GROSS (1989), ser mais bem compreendido com o aprofundamento da análise psicológica dos eventos transcorridos na vida destes pacientes.

1.3. TRAÇOS DE PERSONALIDADE E O CÂNCER

Na opinião de GREER & WATSON (1985), todo modelo psicobiológico de câncer deveria preocupar-se com dois problemas centrais: a identificação de respostas psicológicas particulares e a verificação de sua ocorrência nos pacientes que desenvolvem câncer. A associação destas respostas com mudanças físicas podem ser consideradas como contribuidoras da promoção e disseminação do câncer.

BLUMBERG & WEST, ELLIS, (1954), usando o teste MMPI, comparando os resultados do grupo de rápida evolução com aqueles de sobrevivência maior que a esperada, concluíram que os pacientes com má evolução eram significativamente mais sérios, cooperativos, ansiosos e sensitivos. Os pacientes possuíam, também, um maior grau de depressão e ansiedade, com diminuição da capacidade de reduzir a ansiedade através de uma ação corretiva externa.

Posteriormente, STAVRAVY & BUCK, WORKLIN, (1968), estudando a questão da evolução do câncer, utilizando o mesmo teste, o MMPI, detectaram que os pacientes com longa sobrevivência exibem o perfil oposto ao desespero-desesperança, aspecto este bastante assinalado nos estudos (GREER & MORRIS, PETTINGALE, 1979;

PETTINGALE *et al.* 1985) com pacientes com câncer. Estes resultados estão em acordo com as observações feitas por clínicos e cirurgiões, de que os pacientes com boa evolução são aqueles que conseguem se manter esperançosos diante da doença, mesmo que esta esperança se sustente por meio de mecanismos de negação ou racionalização.

Em 1980, DATTORE & SHONTZ, COYNE, partindo da hipótese de que os dados sobre o funcionamento da personalidade anterior à doença poderiam fornecer uma base para prognosticar a diferença de pacientes com e sem câncer, realizaram uma investigação 'retro-prospectiva', feita a partir da análise de 200 registros pré-mórbidos de MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), de um grupo de 200 pacientes do sexo masculino, de um hospital nos Estados Unidos. O intervalo médio entre a aplicação do MMPI e o primeiro diagnóstico de qualquer espécie foi de 55,6 e 35,9 meses para os grupos com câncer e sem câncer, respectivamente. As contagens mais baixas na escala repressão-sensibilização (maior tendência repressiva) e na escala depressão (menos sintomatologia depressiva auto-relatada) permitiram uma combinação linear de variáveis que discriminou significativamente ambos os grupos, tornando possível aos autores a confirmação de sua hipótese.

GROSSARTH-MATICECK & BASTIAANS, KANAZIR (1985), publicaram um clássico trabalho epidemiológico prospectivo, no qual eles procuram comprovar que o câncer ocorre mais em alguns tipos de personalidade do que em outros. Participaram 1.353 habitantes da cidade de Crvenka, ex-Iugoslavia. Constatou-se que a incidência de câncer foi cerca de 40 vezes mais alta nos pacientes com escores altos no fator racionalidade e antiemocionalidade.

VAN DER PLOEG & KLEIJN (1989), por sua vez, compararam os resultados da escala GROSSARTH-MATICECK a vários grupos de universitários com resultados de outros testes psicológicos, cuja validade e confiabilidade eram bem conhecidas. Na opinião destes autores, suas conclusões oferecem apoio experimental à hipótese de que a racionalidade e a antiemocionalidade podem ser características de personalidade importantes em pacientes com câncer.

Segundo WATSON & SCHULD (1977), que realizaram um estudo prospectivo em pacientes psiquiátricos que desenvolveram câncer e tumor benigno, não foi encontrado suporte para concluir-se que alguma psicopatologia estivesse na gênese das neoplasias, assim como as características de personalidade não foram diferentes no grupo de cancerosos e no grupo-comparativo.

MELLO FILHO & MOREIRA (1992) enfatizam a idéia de que uma visão mais abrangente da doença se impõe, sendo fundamental ter-se uma visão multifatorial do processo de adoecer, para que não haja uma supervalorização de fatores psicossociais, biológicos ou quaisquer outros. Acrescentam, ainda, que os dados a favor de uma psicooncologia são muitos, e estão cada vez mais detalhados, porém, é necessário conhecê-los, combiná-los e compará-los, a fim de dar-lhes uma real utilização em benefício do paciente.

1.4. O PACIENTE FRENTE À DOENÇA E À MORTE

O paciente acometido de câncer é imediatamente estigmatizado como um forte candidato à morte (TELIS, 1986; MORAIS, 1997; KOVACS, 1992; SCHILLER, 2000). No passado, e ainda hoje, a morte sempre despertou um grande temor, mobilizando uma atitude de silêncio, que expressa o inteiro desconhecimento deste gênero de problema e a completa falta de habilidade em se lidar com ele (TELIS, 1986).

A negação da morte é uma forma de não entrar em contato com experiências dolorosas e, sua grande dádiva, é a ilusão da imortalidade, reafirma CASSORLA (1991). Segundo o mesmo autor, a questão da morte é uma preocupação universal para o homem, estando presente nos dois sexos, em pessoas de várias crenças religiosas, níveis culturais e econômicos e, em várias épocas. Considera ainda que a essência da motivação humana está na busca de um significado para a vida, para a morte e para o sofrimento.

Para SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY (1996), a idéia da morte precipita uma reação de tristeza, que é caracterizada por sentimentos de intensa vulnerabilidade, desamparo e medo; por um senso de perda do controle; por uma reavaliação de prioridades e, essencialmente, por uma crise espiritual.

No entanto, falar sobre a morte não aumenta a ansiedade, ao contrário, suaviza o isolamento e o medo, e torna a doença menos temível. Falar é a única possibilidade de penetrar na angústia pelo risco da perda da vida. Aquele que sofre não busca quem lhe dê razão; busca, apenas, pessoas cuja escuta será testemunha de sua fala, de sua existência. Busca um encontro, a preservação de um lugar na história familiar, no mundo (SCHILLER, 2000).

O diagnóstico é o primeiro momento em que o paciente experimenta a ameaça à vida, em conseqüência da doença. Desta maneira, fragmenta-se à ilusão normativa de imortalidade e invulnerabilidade, que protege a maioria de nós, a partir de uma desconfortável confrontação existencial (SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY, 1996).

GREER & MORRIS, PETTINGALE, (1979) ressalta que diante de um diagnóstico de câncer, as pessoas reagem com descrença e entorpecimento e, em seguida, com ansiedade, raiva e depressão. Sentimentos de abandono, de perda de controle sobre a própria vida e, de culpa, por ter sido irrevogavelmente danificado, são seqüelas psicológicas passíveis de ocorrer. A este propósito, EIZIRIK & FERREIRA (1991), em um trabalho de terapia de grupo, relatam que, freqüentemente, o tema gira em torno da sensação de perda de controle da própria vida, assim como, dos efeitos colaterais do tratamento.

O paciente portador de uma doença crônica, como o câncer, necessitará, inevitavelmente, adaptar-se à nova realidade de vida e a sua convivência com a doença consistirá em um processo longo e, talvez, perpétuo. Embora em muitos casos possa haver alterações patológicas irreversíveis e incapacitação residual, o grau de comprometimento orgânico será determinado pela doença especificamente e pelas condições de vida do paciente (LESSA, 1987).

Enfocando o aspecto crônico, CABRAL (1985) nos chama a atenção para o fato de que *'a insegurança é verdadeiramente uma constância na vida destes enfermos'* (p.225) e atinge-os de tal forma, a ponto de fazê-los entrar em contato incessante com medos e angústias sobre o futuro incerto, incluindo a velhice e a dependência freqüente em relação a outras pessoas. A perspectiva temerosa do futuro é sempre acompanhada por um receio, presente, de que os sintomas voltem a qualquer momento, trazendo novamente o sofrimento.

Na busca pela cura, existe uma racionalidade que direciona o tratamento médico ao aspecto biológico, procurando-se atingir uma total eficácia na melhora do quadro clínico do doente. Entretanto, apesar dos esforços, nem sempre tais expectativas são correspondidas (MORAIS, 1997).

A incerteza de cura da doença, mesmo tendo sido tratada (medicada ou operada), é um aspecto que incomoda a racionalidade médica. A duração da luta entre a vida e a morte é imprevisível; por esta razão, questões como a qualidade de vida, a possibilidade de novas posturas médicas e de um tratamento multidisciplinar e a própria necessidade por parte dos médicos, em continuar desafiando a mortalidade humana, transformam os ambientes em um espaço em que os aspectos existenciais tornam-se significativos (MORAIS, 1997).

Curado, o doente passa a conviver com a suspeita que voltará a ter a doença, porque mesmo que se extirpe o tumor, há sempre a ameaça permanente da recidiva ou da metástase (TELIS, 1986; SCHILLER, 2000).

A cura física torna-se a cada dia mais provável, mas uma história de câncer é um enredo interminável. Ao risco do retorno da doença somam-se feridas que não cicatrizam. Apesar da notícia da cura, o impacto do diagnóstico persiste pelo medo de que tenham restado células ocultas e doentes, de que apesar do tratamento provoque aparecimento de conseqüências tardias, como um novo câncer. A angústia persiste, também, pelos olhares diferentes, pela atenção especial que se recebe (SCHILLER, 2000).

Na pesquisa de McDONOUGH *et al.* (1996) foram entrevistados 30 pacientes, com o intuito de avaliar áreas psicológicas de angústia associadas com o tratamento de câncer avançado na região da cabeça e pescoço. Foram encontrados níveis moderados de depressão, inabilidade e angústia psicológica.

Em estudo semelhante, HAMMERLID *et al.* (1997) realizaram um estudo comparativo com 48 pacientes, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Este estudo revelou um alto nível de angústia nestes pacientes, com 21% de prováveis casos de morbidez psiquiátrica diagnosticado como depressão e ansiedade.

D'ANTONIO *et al.* (1998), na busca de informações sobre a relação entre saúde, qualidade de vida e, depressão, em 50 pacientes submetidos às principais cirurgias de câncer, na região da cabeça e pescoço, avaliados de seis meses a seis anos, chegou a igual conclusão: de que a população estudada mostrou uma alta ocorrência de sintomas de depressão, com taxa de 22 %.

BJORDAL *et al.* (1999) realizaram um estudo prospectivo em 500 pacientes com câncer na região da cabeça e pescoço, na Holanda, na Noruega e na Suécia, totalizando 2.070 questionários respondidos. Concluíram que os pacientes apresentavam dificuldades nos contatos sociais com a família e com os amigos. Evidenciaram-se, nestes pacientes, os incômodos com a aparência, embaraço em andar em público, transtornos em relação a contato físico com familiares e demais pessoas. Estes fatores, aliados a dificuldades de fala, constrangimento em comer na frente de familiares e outros, contribuem, sensivelmente, para a tendência ao isolamento social destes doentes.

O comprometimento psicológico dos enfermos com câncer na região da cabeça e pescoço nos remetem a outras reflexões. Tem sido documentado, por exemplo, que pacientes com diagnósticos de câncer apresentam maior risco de cometer suicídio. HENDERSON (1997) realizou um estudo retrospectivo de 241 pacientes com câncer na região da cabeça e pescoço, e foram identificados três pacientes que cometeram suicídio, perfazendo um total de 1,2%. Dois pacientes demonstraram tendência suicida e quatro pacientes recusaram todos os tratamentos e aconselhamentos, preferindo morrer de sua enfermidade, sem qualquer auxílio terapêutico.

Diante de um quadro de tamanha complexidade, fica evidente a importância do acolhimento ao indivíduo, sendo este um fator imprescindível à manutenção de seu equilíbrio biopsicossocial. STELA (1988) afirma que o ambiente psicológico passa a ser relevante, na medida em que os procedimentos médicos ou os recursos via medicamentos, por si só, não oferecem plena recuperação (HELMAN, 1984).

1.5. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Diante do amplo enfoque do tema saúde-doença, a relação médico-paciente tem sugerido reflexões ao longo do tempo, por diversos autores. BOLTANSKI (1989) quando fala das dificuldades na interação e comunicação entre médico e paciente, proveniente de classes populares, salienta o quanto o contato com a doença e o discurso médico criam tensões e ansiedade no paciente recém-diagnosticado.

Há pouco tempo, o câncer era uma sentença de morte, que levava o médico a ocultar o diagnóstico de seus pacientes e, por vezes, da família. Era temível por se iniciar em silêncio, consumir lenta e secretamente, representando a ameaça de dor insuportável, de agonia prolongada, de mutilação, perdas de funções corporais, crise financeira e trauma emocional (KOVACS, 1992; SCHILLER, 2000).

Às vezes, o diagnóstico é comunicado por meio de um discurso técnico, de compreensão difícil, podendo desempenhar o papel de escudo de proteção, diante das emoções que permeiam as consultas. As palavras dos profissionais são ruminadas, repetidas e recontadas. Muitas perguntas feitas pelos pacientes e familiares não recebem respostas, ainda que quisessem apenas um contato, e se prestassem à verificação da disponibilidade do médico para um diálogo (SCHILLER, 2000).

MORAIS (1997) vai mais além ao relatar que o diálogo que se desenvolverá entre o médico e a população carente se caracteriza pela construção de um discurso médico que, se utilizando de tipologias, tende a controlar as relações com os doentes e a doença. O nome da doença, ou seja, a palavra câncer, é evitada por quem tem e por quem vai tratá-la. Denuncia-se, neste momento, o despreparo do médico diante da morte e amplia-se, no contexto em que é tratado o câncer, o estigma que se cria em torno dele. Desta forma, aumenta-se a problemática das relações, criando um clima de 'meias verdades', por meio do qual os discursos se confundem e se atrapalham.

Esta concepção articula-se à compreensão de SCHILLER (2000), que afirma que o câncer ainda é um tabu, para o médico e para o paciente, que nem sequer pronunciam a palavra câncer. Fala-se em 'tumor', em 'c.a', em 'neoplasia', em 'ferida brava', 'em doença ruim', 'aquela doença', mas evita-se a palavra que tanto amedronta.

A palavra câncer é carregada de maldição e morte. Talvez, evitar pronunciá-la possibilitasse o não existir da doença. Contudo, o que se observa, é que o estigma que se constrói em torno do câncer é, também, reforçado pelos profissionais competentes. Como conseqüência acaba-se criando um distanciamento do médico para com o paciente e com a própria doença (MORAIS, 1997).

QUEIROZ (1991) aborda a questão de que os profissionais da área médica usualmente desconsideram a cultura local, desvalorizando a bagagem sociocultural dos pacientes como elemento extremamente importante nos processos de saúde-doença, limitando a assistência à interação técnica voltada, exclusivamente, à patologia orgânica.

Ainda por QUEIROZ (1986), o ato de ouvir a história de vida contada pelo paciente, suas concepções sobre a origem de sua doença e suas tentativas de cura, são informações que fazem parte do conhecimento popular e são desconsideradas por alguns profissionais. Com isto, nota-se uma acentuada procura por recursos não oficializados, criando uma provável lacuna entre os tratamentos terapêuticos oferecidos e as necessidades da população, o que aponta para campos de atuação terapêutica esquecidos, em prejuízo a uma visão centrada na disfunção biológica.

Segundo TELIS (1986), o médico, mais do que compreender o doente se empenha em estudar com detalhes a doença, em classificá-la, em conhecer sua etiopatogenia e a sua fisiopatologia. Ainda mais, o médico acaba por adotar um procedimento que se caracteriza pela ausência de diálogo, com um interrogatório feito de maneira dirigida. O paciente é transformado em 'objeto' de um estudo específico, no qual o médico se coloca numa posição rígida, sem dar a si mesmo a oportunidade de investigar e de criar uma relação de empatia com o paciente,

> o paciente não é encarado como pessoa e, sim, como objeto de atuação do médico, passivo, submisso e silencioso. (KOVACS, 1992 p.191).

Em meio a tudo isto, o corpo em transformação é devastado por exames invasivos, pelo tratamento agressivo, por olhares anônimos, que despojam o paciente dos traços que asseguram sua identidade íntima e social. Um paciente não é só o portador de um diagnóstico. A ciência pode avaliar a evolução da doença, mas pouco sabe sobre a solidão e o sofrimento do paciente (SCHILLER, 2000).

Os pacientes, então, terão que seguir um sofrido itinerário pelos ambulatórios, realizando infindáveis exames. Para o médico, estes recursos técnicos disponíveis ao seu uso são um meio seguro para se chegar ao diagnóstico e ao tratamento mais adequado. Porém, estas regras rígidas de rotina e conduta o tornam inflexível a outras formas de compreensão do doente, impossibilitando a formação de vínculos com seus pacientes, restringindo-se, exclusivamente, ao saber técnico (BOTEGA, 1989).

TELIS (1986) observa que não pode ser exigido que o médico se exponha aos seus pacientes sem defesas. Ele, assim como seus pacientes, necessitarão de usar a negação, o distanciamento, o embotamento. Salienta, entretanto, que este comportamento, ao se tornar rígido e permanente,

> torna-se impossível prestar assistência humana, porque não se conseguem mesclar as defesas com a capacidade de, em outros momentos, estar disponível, em sintonia e em contato emocional significativo com a pessoa que está morrendo. (MALDONADO, 1979, p.930).

Este fato relaciona-se com a própria formação acadêmica, que não prepara adequadamente o médico para lidar com a morte. A familiaridade com a morte surge com o tempo, na prática diária, e faz com que o profissional médico acabe por criar defesas. Neste ponto, nota-se um paradoxo: ao mesmo tempo em que o médico faz a opção pela Oncologia, ele desenvolve mecanismos de defesa para lidar com o que escolheu (MORAIS, 1997).

Conviver com pacientes cancerosos, e enfrentar a realidade e (ou) fantasias da deterioração física e emocional e da morte, são tarefas difíceis. O que há de comum entre todos é a questão da finitude da vida do paciente e o de sua própria (TELIS 1986).

CASSORLA (1991) diz-nos que o médico, de uma maneira geral, tem necessidade de prolongar a vida do paciente, sendo a morte entendida por ele como fracasso. Num outro sentido, vê-se que o médico, por meio da especialização científica, ao executar suas ações, seguindo processos lógicos, desenvolve na relação médico-paciente uma postura em que seu discurso demonstra competência. O doente recebe o diagnóstico como verdade inquestionável e a eliminação, regressão da doença, ou amenização dos sintomas, confirma o saber e a competência do médico.

Contribuindo para a compreensão desta questão, MELLO FILHO (1994) esclarece que as expectativas dos pacientes em relação ao médico são de suma importância para o relacionamento entre ambos, estando intimamente ligadas à sua situação cultural, às suas fantasias sobre a enfermidade e às suas relações construídas anteriormente, com este ou outros médicos. É bastante conhecida a tendência do paciente em idealizar o seu médico. Entre as várias motivações que explicam este comportamento, pode-se destacar a importância do médico como aquele que mantém a saúde e evita a morte.

Pesquisando a designação de valores para os estados de saúde, no tratamento de câncer na região da cabeça e pescoço, entre os médicos e seus pacientes, JALUKAR *et al.* (1998) concluíram que estes tiveram perspectivas similares em relação ao bem-estar dos enfermos. Os médicos deram um peso maior em evitar as dores e o confinamento social.

McDONOUGH *et al.* (1996), por sua vez, investigando o estado psicológico de pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço, afirmam ser este um campo onde os cuidados com o paciente não recebem atenção suficiente por parte da equipe médica oncológica, e alertam sobre a influência, em termos de resultados, relacionados ao trato com estes pacientes. Concluem que conscientizar a equipe médica sobre o impacto da doença e da angústia psicológica sofrida durante a doença conduziria a uma melhora na adesão dos pacientes e dos resultados médicos.

HENDERSON (1997) vai além e sugere ser essencial que o médico e a equipe oncológica mantenham uma relação de harmonia com os pacientes, os submetendo a uma avaliação completa quanto à possível incidência de depressão, desesperança, dores e outros fatores, que servirá de base para todos os aspectos de seu tratamento.

1.6. A RELAÇÃO PACIENTE E FAMÍLIA FRENTE À DOENÇA

Ao chamar a atenção para a relação paciente-família, MELLO FILHO (1994) fornece uma preciosa contribuição para o entendimento dos conflitos decorrentes desta enfermidade. O autor coloca em evidência as atitudes de rejeição por parte dos familiares ao captarem a gravidade da doença, preferindo o não envolvimento para não assumirem a dor e o peso da responsabilidade implícitos na aceitação do problema. Este mesmo autor

assinala que a família pode também se sentir 'culpada', entendendo ser o câncer decorrente de acontecimentos na família, ou que poderia se obter maior probabilidade de cura, se descoberto mais cedo.

Esta interpretação se aproxima do ponto de vista de TELIS (1986), que pontua que a família desenvolve sentimentos de culpa, sentindo-se responsável por não ter tomado medidas mais objetivas, ou por não ter encaminhado o paciente ao médico. Segundo a autora, estes sentimentos têm raízes mais profundas em desejos conscientes ou inconscientes, por parte dos familiares. Muitas vezes, os sentimentos hostis que existiam anteriores à doença, em relação ao paciente, continuam e os familiares possuem o desejo de que ele morra. Paradoxalmente, estes sentimentos também podem levar a condutas superprotetoras, a fim de mascarar os sentimentos de culpa.

A este propósito, EIZIRIK & FERREIRA (1991) oferecem uma reflexão sobre o fato de a revolta familiar estar dirigida ao paciente sob a forma de extrema hostilidade, que, gerando culpa, produz o desejo de ressuscitá-lo ou mantê-lo artificialmente vivo, para que haja a oportunidade de reparação da agressão. Raiva, frustração e medo da idéia da hereditariedade do câncer são sentimentos freqüentes, que intermediam as relações entre o paciente e a família.

TELIS (1986) concorda que sentimentos negativos de raiva, amargura e remorso, dificuldades de comunicação, crenças e mitos, sem propósito, como o perigo de contágio do câncer ou a hereditariedade, são situações comuns na vida destes doentes. Por todos estes motivos, pela negação da morte e pelo medo que o paciente venha a conhecer o diagnóstico, a comunicação entre os familiares e o paciente fica muito abalada, trazendo ansiedade mais intensa do que comumente haveria, se o assunto fosse discutido. Sugere que a família seja encorajada a se comunicar, da maneira mais honesta possível, procurando ouvir as queixas e as angústias do doente, na tentativa de resolver situações antigas de conflito, para que, também, sinta-se em paz, quando o paciente vier a falecer.

STROUD (1991), por sua vez, relata que a família do doente sofre pela ameaça de perdas e mudanças em alguns aspectos de sua vida. Fica evidente a perda do senso de segurança: a vida não segue mais seu ritmo normal e o futuro está cheio de pontos de

interrogações. Há, ainda, a perda do controle, pois a tomada de decisão em relação ao bem-estar do paciente, pelo menos parcialmente, sai do alcance da família e fica nas mãos dos especialistas. Significativa, também, é a perda do relacionamento, pois o medo de que o paciente não se restabeleça, representa uma ameaça à própria existência do relacionamento.

1.7. A CIRURGIA E O CÂNCER: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

Os estudos (SHAVELZON, 1969, 1970, 1978; EIZIRIK & FERREIRA, 1991; STROUD, 1991), Sobre o trauma psicológico decorrente da cirurgia contribuíram para o reconhecimento dos aspectos emocionais dos pacientes com câncer. Não se pode, entretanto, esquecer que cada paciente tem uma história pessoal, uma biografia e um ambiente psicossocial. A doença e seu tratamento representam um acréscimo a esta história; da mesma forma, não se pode separar a cirurgia e a situação atual do paciente, do resto de sua biografia.

Para STROUD (1991), qualquer tipo de cirurgia representa uma perda. Além de viver o luto por esta perda, o paciente precisará aceitar as mudanças da imagem e do esquema corporal. A agressão, ressecção ou disfunção de uma parte do corpo implica em uma modificação real e funcional, sociocultural e psicológica para o paciente e seu ambiente (SCHAVELZON, 1992).

Ao escrever sobre a cirurgia e psicossomática, SCHAVELZON (1992) comenta que se pelo tratamento do câncer for afetado ou perdido um órgão, ou uma função, produz-se uma ruptura na capacidade de adaptação físico-emocional, temida, principalmente, diante das exigências socioculturais, sejam elas supostas ou reais. São compreensíveis, portanto, o quadro de angústia, tão freqüente ante a cirurgia, e a reação depressiva pós-operatória.

STROUD (1991) relata que a operação, em si, pode apresentar um aspecto muito deformador, fazendo com que os pacientes se tornem pessoas muito retraídas. O maior obstáculo, para o paciente e seus familiares, seria a necessidade de aceitar a mudança na aparência.

SCHAVELZON (1992) e STROUD (1991) concordam que diante do paciente operado, com câncer, ele e todos aqueles que o cercam, devem se recondicionar ou se readaptar à nova situação. STROUD (1991) comenta que 'se pudermos aceitar a nova aparência' e tranqüilizar, constantemente, o paciente quanto ao afeto e apoio, ajudando-o a se convencer de que não se esta nos afastando dele, a aceitação de si mesmo será muito mais fácil. Lembra, ainda, que o problema não deve ser subestimado, assim como não se pode esperar do paciente ou de seus familiares uma disposição e uma coragem constante.

> A adaptação e a aceitação não são automáticas: é um processo que leva tempo e não pode ser forçado. STROUD (p. 85, 1991).

SCHAVELZON (1992), observando a questão do ponto de vista do paciente, coloca que, todas essas alterações, anatômicas ou funcionais, contribuem para o aparecimento de sentimentos de culpa, depressões, pensamentos trágicos, ou ainda, de agressão, em busca de culpados.

Esta posição articula-se com as opiniões de TELIS (1986) que observa que o paciente com câncer, na tentativa de busca das causas deste, ou culpa a si mesmo ou projeta a culpa em outras pessoas, ou em qualquer poder sobrenatural, buscando com isso diminuir o seu sentimento de culpa, atribuindo a doença à vontade de Deus ou a outro fator, como a herança genética.

1.8. CONSIDERAÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

O grupo de especialistas que elaborou uma escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), para uso transcultural, adotou como definição: Qualidade de Vida (QV) é a percepção de uma pessoa da sua posição na vida, dentro de um contexto de sistema de valores e da cultura em que vive, em relação às suas metas e expectativas, padrão e interesse (WHO, 1995).

Trata-se de um conceito bastante amplo, que engloba a saúde física do indivíduo, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e as relações com aspectos importantes do ambiente, (WHOQOL Group, 1994) estando, também, em concordância com a definição de saúde da 'OMS'[4].

Em trabalho recente, SOUZA & GUIMARÃES (1999), afirmam que a rubrica (QV), para Qualidade de Vida seria a representação de uma tentativa de se quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as conseqüências de uma doença e seus tratamentos, sob a percepção do paciente de sua habilidade em viver uma vida 'proveitosa e satisfatória'.

Na literatura médica, o termo 'qualidade de vida', como palavra-chave relevante, só começa a aparecer a partir de 1975, segundo SPITZER (1987). Envolve vários aspectos como: a atividade física, a atividade social e o lazer, o trabalho, a adaptação emocional, a auto-estima, o estresse, a atividade sexual, o relacionamento interpessoal, e a satisfação geral com a vida, afirma BERGNER (1989).

Para KATZ (1987), foi à emergência das doenças crônicas que despertou o interesse de clínicos e pesquisadores em saber se os tratamentos adotados trariam uma vida de melhor qualidade aos pacientes. BECH (1995) nos conta que, inicialmente, os trabalhos focalizavam as ações terapêuticas e as condições advindas desses procedimentos, e, só mais tarde, houve a preocupação em conhecer a qualidade de vida que essas intervenções trariam aos pacientes.

KATSCHNIG (1997) lembra que, no princípio, era a oncologia que mais se preocupava com a utilização desse conceito, visto que, muitas vezes, na busca de acrescentar 'anos à vida' era deixada de lado a necessidade de acrescentar 'vida aos anos'.

Nos últimos anos, a inclusão da avaliação da qualidade de vida no tratamento de pacientes oncológicos tem sido enfatizada em razão da valorização do impacto psicossocial do câncer sobre o paciente e seus familiares. Estudos recentes têm se preocupado com a qualidade de atendimento aos pacientes, os aspectos psicossociais dos indivíduos doentes e, com a qualidade de vida que será possível fornecer, ao paciente e quanto à orientação para seus familiares, relativa a evolução da doença no pós-operatório (DEITOS & BRAGANHOLO, GASPARY, 1997).

[4] A OMS define Saúde como 'um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença ou invalidez' (WHO, 1987).

Qualidade de vida tem se tornado um tópico cada vez maior na interface entre pesquisas da Medicina e da Psicologia. Existe um crescente consenso de que a averiguação da qualidade de vida deve ser incorporada aos estudos clínicos, como uma importante variável na mortalidade e na taxa de sobrevida, em cinco anos (AARONSON, 1988; AHMEDZAI, 1995; COHEN *et al.* 1996; MOLIN & ARRIGO 1995).

Os objetivos de se trabalhar com a qualidade de vida são os de otimizar o bem-estar geral dos pacientes e de seus familiares em todos os pontos relevantes, incluindo diagnósticos, tratamentos, terapia, recorrência, tratamentos paliativos e sobrevivência, em longo prazo. Pode-se, também, utilizar a qualidade de vida para a comparação de terapias alternativas, avaliação de fatores prognósticos, efeitos tardios ou investigações sobre sobreviventes e identificação de problemas para as quais intervenções possam ser apropriadas (WEITZNER & MEYRS, BYRNE, 1996; DEITOS *et al.* 1997).

Os estudos sobre a qualidade de vida servem para prevenir uma cisão devastadora do corpo do paciente com a sua história de vida, durante o tratamento cirúrgico e terapêutico. Considerações adicionais na avaliação da qualidade de vida podem incluir desde preocupações existenciais e espirituais, o desempenho sexual e imagem corporal, até a satisfação com o atendimento do sistema de saúde. Esta visão multidisciplinar é, particularmente, benéfica no tratamento oncológico (AARONSON, 1988; COHEN *et al.* 1996; MOLIN & ARRIGO 1995).

DEITOS *et al.* (1997), aborda a questão de que a inclusão da mensuração da qualidade de vida em estudos oncológicos potencializa a qualidade de atendimento, diminui o impacto psicossocial sobre o paciente e seus familiares, podendo proporcionar, por meio de uma nova filosofia de ensino médico, um redirecionamento das técnicas terapêuticas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Estudar as características psicossociais das histórias de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, comparativamente aos pacientes de um grupo-controle, sem lesões tumorais malignas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Caracterizar os pacientes dos dois grupos do ponto de vista sociodemográfico.

b. Estudar as características de personalidade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, comparativamente aos pacientes de um grupo-controle, sem lesões tumorais malignas.

c. Verificar a existência de eventos estressantes de vida que antecederam a percepção das lesões tumorais por parte do paciente, comparativamente aos pacientes do grupo-controle.

d. Estudar a qualidade de vida dos pacientes dos dois grupos, após a incidência das doenças.

3. HIPÓTESES FUNDAMENTAIS DO TRABALHO

As hipóteses norteadoras desta pesquisa supõem que:

a. Há diferenças estatisticamente significativas entre as características de personalidade obsessivas dos pacientes do grupo de estudo, comparativamente as do grupo-controle;

b. Há eventos estressantes de vida, principalmente nos dois anos que antecedem a ocorrência das lesões tumorais malignas.

4. PACIENTES E MÉTODOS

4.1. MÉTODO

4.1.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo caso-comparativo, como descrito por FORATINI (1980), realizado em pacientes acometidos de cânceres na região da cabeça e pescoço e em pacientes com lesões não tumorais, na cavidade oral.

4.1.2. Sujeitos

O estudo foi realizado na enfermaria de câncer cabeça e pescoço, com cinco leitos, atendendo cerca de 87 casos novos por ano, do Hospital das Clínicas da Unicamp, que atende uma demanda procedente de toda região de Campinas provenientes de várias classes sociais, não havendo restrições ao atendimento. Caracteriza-se como um hospital-escola, conciliando assistência, ensino e pesquisa.

Foram estudados 45 pacientes do grupo de estudo, com diagnóstico de cânceres na região da cabeça e pescoço, que foram internados para se submeterem à cirurgia e, 45 pacientes, do grupo comparativo, com lesões não tumorais na cavidade oral, em tratamento no ambulatório da especialidade de cirurgia a laser do Departamento de Otorrinolaringologia (ORL), ambos no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

Este estudo estendeu-se de março de 1999 até maio de 2001, com as entrevistas realizadas no período de maio de 2000 a agosto de 2001.

4.1.3. Critérios de Seleção

4.1.3.1. Grupo de estudos cabeça e pescoço - GE

4.1.3.1.1. Critérios para inclusão no grupo de estudos:

a. Pacientes com diagnóstico comprovado, por exame anatomopatológico, de cânceres primários na região de cabeça e pescoço.

b. Estarem cientes dos objetivos desta pesquisa e estarem de acordo com o protocolo de autorização.

c. Serem capazes de compreender o Questionário Sociodemográfico, o Questionário WHOQOL-100, o Inventário MMPI e a Escala de Eventos Estressantes.

4.1.3.1.2. Critérios para exclusão do grupo de estudos:

a. Impossibilidades éticas e clínicas (casos muito graves, impossibilitando o diálogo e a abordagem).

4.1.3.2. Grupo Comparativo lesões não tumorais na cavidade oral - GC

4.1.3.2.1. Critérios para inclusão no grupo comparativo:

a. Pacientes com diagnóstico comprovado, por exame clínico, com lesões não tumorais na cavidade oral.

b. Estarem cientes dos objetivos desta pesquisa e estarem de acordo com o protocolo de autorização.

c. Serem capazes de compreender o Questionário Sociodemográfico, o Questionário WHOQOL-100, o Inventário MMPI e a Escala de Eventos Estressantes.

4.1.3.2.2. Critérios para exclusão no grupo comparativo.

a. Impossibilidades éticas e clínicas (casos muito graves, impossibilitando o diálogo e a abordagem).

4.1.4. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

4.1.4.1. Questionário de Características Sociodemográficas

Este questionário baseou-se naquele utilizado na tese de doutoramento, defendida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sobre o seguinte tema: Câncer de reto – estudo de caso-comparativo (SOBOLL, 1985). Objetivou-se, por meio desse instrumento de pesquisa, obter dados que possibilitassem uma descrição da história de vida pessoal e social dos sujeitos. É composto por elementos de identificação, de variáveis sociodemográficas, de dados referentes à migração e trabalho, a antecedentes sobre a presença de câncer na família e de aspectos relevantes aos possíveis fatores de risco: hábito de fumar, consumo de bebidas e de alimentos, entre outros. A parte clínica, diagnóstico e dados histológicos, foram obtidos mediante utilização do prontuário de cada enfermo.

As questões referentes à dieta foram formuladas visando detectar a freqüência de consumo habitual dos alimentos e tipos de preparo, entendido como hábito alimentar 'costumeiro'.

4.1.4.2. Questionário Whoqol-100 (World Health Organization Quality Of Life)

A validação do inventário WHOQOL-100 (FLECK *et al.* 1998) para o Brasil e sua versão em português, foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio Fleck. O WHOQOL-100 é um instrumento que contém 100 questões, formuladas para escala de respostas do tipo '*Likert*', com uma escala de 'intensidade', incluindo os dois extremos, (nada – extremamente), 'capacidade' (nada – completamente), 'freqüência' (nunca – sempre) e 'avaliação' (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), e que são agrupadas em seis domínios:

a. Físico (dor e desconforto, energia e fadiga e sono e repouso);

b. Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal, aparência, e sentimentos negativos);

c. Nível de independência (mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade para o trabalho);

d. Relações sociais (relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual);

e. Ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação/lazer e ambiente físico: poluição, ruídos, trânsito, clima, transporte);

f. Aspectos espirituais (religião, crenças pessoais).

Nos quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, avaliação e freqüência, foram estabelecidas diferentes graduações, tendo como base às âncoras 'nada' (0%) e 'extremamente' (100%), como extremos, e as demais graduações 'muito poucas' (25%), 'médio' (50%) e 'muito' (75%) entre estes dois pontos de âncora (OLIVEIRA, 1999).

Este questionário foi utilizado em estudos nacionais (FLECK *et al.* 1998; OLIVEIRA, 1999), e foi útil a esta pesquisa, na medida em que, forneceu dados confiáveis sobre a qualidade de vida dos pacientes cancerosos.

4.1.4.3. Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI)

A tradução do Inventário para a língua portuguesa realizada por BENKO & SIMÕES (1962), assim como a adaptação e caracterização da amostra brasileira, foram obtidas com a aplicação do teste em pesquisas realizadas nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Pernambuco (BARBIERI, 1996; RIBEIRO & TEIXEIRA, RIBEIRO 1997; RIBEIRO *et al.* 1998; RIBEIRO, 1999).

O Inventário MMPI é um instrumento elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise das características mais importantes da personalidade. É um teste objetivo, de auto-relato, construído e padronizado com base em questões específicas e escores numéricos. Pertence à classe dos instrumentos psicológicos, caracterizados como inventários estruturados e multifásico, porque fornece medidas ao longo de diferentes dimensões da personalidade (histeria, depressão, hipomania, etc.).

Utilizou-se a forma coletiva, editada pelo CEPA, na forma abreviada, contendo 366 itens, feito, muitas vezes, na primeira pessoa do singular, que poderão ser: 'certo' e 'errado', que estão distribuídos em 26 categorias.

	Categorias		Categorias
1	Estado de saúde em geral	14	Atitudes sexuais
2	Sintomas neurológicos em geral	15	Atitudes religiosas
3	Sintomas ligados a nervos cranianos	16	Atitudes políticas: lei e ordem
4	Motilidade e coordenação	17	Atitudes sociais
5	Sensibilidade	18	Afetividade de natureza depressiva
6	Sistema vasomotor, alimentação, fala, secreção.	19	Afetividade de natureza maníaca
7	Sistema gastro-intestinal	20	Estado obsessivo-compulsivo
8	Sistema cárdio-respiratório	21	Desilusões, alucinações, ilusões, idéias de interpretação.
9	Sistema gênito-urinário	22	Fobias
10	Hábitos	23	Tendências sado-masoquistas
11	Família e vida conjugal;	24	Moralidade em geral
12	Trabalho e ocupação	25	Itens ligados à masculinidade e feminilidade
13	Educação	26	Indicações se o examinando esta tentando apresentar-se sob ponto de vista socialmente bem favorável

A apuração do MMPI estrutura-se em torno de diversas escalas, que pretendem medir as diferentes dimensões da personalidade dos pacientes estudados. As respostas são classificadas e transformadas em 4 escalas de validade: Escala de Dúvida (?), Escala de Mentira (L), Escala de Erro (F), Escala de Correção (K) e 10 escalas clínicas: Escala de Hipocondria (Hs), Escala de Depressão (D), Escala de Histeria (Hy), Escala Desvio Psicopático (Pd), Escala de Masculinidade e Feminilidade (MF), Escala de Paranóia (Pa), Escala de Psicastenia (Pt), Escala de Esquizofrenia (Sc), Escala de Hipomania (Ma) e Escala de Introversão e Extroversão (Si). Posteriormente, são transformadas em escore-padrão e apresentadas em forma de perfil. Sua construção e forma de aplicação limitam a interferência do avaliador, seja aquele que aplica ou o que corrige o inventário, e possibilita uma avaliação quantitativa da personalidade de grupos mais ou menos homogêneos de sujeitos, permitindo uma comparação mais objetiva dos resultados.

Para a codificação e elaboração do perfil, utilizou-se a interdependência entre as diversas escalas, analisando a configuração total dos escores T. A distribuição dos escores T possui média aritmética igual a 50 e desvio padrão igual a 10. Um escore T superior a 70, ou inferior a 30, ou seja, acima ou abaixo de dois desvios-padrão, será considerado, em princípio, como resultado fora dos padrões de normalidade.

4.1.4.4. Caracterização de tendências a quadros psicóticos e neuróticos

Resultados elevados, superiores a 70, simultaneamente, nas Escalas Hipocondria (Hs), Escala de Depressão (D), e Escala de Histeria (Hy), constituem, segundo o manual, a chamada 'tríade neurótica' (BENKO & SIMÕES, 1962).

Escores elevados, superiores a 70, simultaneamente nas Escalas de Paranóia (Pa), Escala de Psicastenia (Pt), Escala de Esquizofrenia (Sc) e Escala de Hipomania (Ma), constituem, de acordo com o manual, a 'tétrade psicótica' (BENKO & SIMÕES, 1962).

Apesar da clara importância médica, psicossocial e econômica dos estudos dos cânceres, em especial na região da cabeça e pescoço, as limitações para a abordagem do problema, de forma plena, são ainda facilmente evidenciáveis quando, ao nível estritamente psicológico, procura-se avaliar a importância das características de personalidade e sua influência na etiologia das neoplasias.

Diversas hipóteses já foram propostas na tentativa de responder ao porquê de ainda se observar uma incidência cada vez maior destas patologias no decorrer dos anos, apesar dos esforços do paradigma biomédico, no qual a doença deve ser explicada por desvios da norma de variáveis biológicas mensuráveis e da concepção exclusivamente biomédica em restringir o aumento da doença.

Entretanto, entre os pesquisadores deste tema prevalece, nos dias atuais, a idéia de que a doença deve ser explicada sob a perspectiva biopsicossocial, que dirige a atenção para as dimensões comportamentais, psicológicas e sociais do processo de adoecer. Outro aspecto emergente, em alguns estudos (MILLER & SPRATT, 1979) sugere haver uma relação entre uma evolução rápida dos cânceres a determinadas características psicológicas, que poderiam ser positivas ou negativas, em relação à doença.

A escolha do Inventário MMPI para esta pesquisa deve-se ao valor deste, já amplamente demonstrado, como um instrumento capaz de detectar traços característicos de personalidade, de forma mais objetiva e padronizada. Este teste vem sendo utilizado há cerca de 50 anos, inclusive em vários estudos sobre o câncer (BLUMBERG *et al.* 1954; STAVRAVY *et al.*1968; DATTORE & SHONTZ, COYNE, 1980), e já foi adaptado à realidade brasileira, com a necessária validação de seu conteúdo, além de que está adaptado aos critérios diagnósticos do DSM-IV, o que favorece um tratamento mais adequado do problema, pela utilização de uma linguagem comum.

4.1.4.5. Escala de Eventos Estressantes (Social Readjustment Rating Scale Holmes & Rahe, 1967)

Consiste de uma tabela que contém 43 eventos de vida, referentes a casamento, à família, à ocupação econômica, a relações grupais e de amizade, à educação, à religião, à recreação e saúde, indicando não somente o estilo de vida do indivíduo, mas, também, às ocorrências que o envolvem (GORENSTEIN & ANDRADE, ZVARDI, 2000).

Por intermédio de duas categorias, 'sim' ou 'não', o respondente deve assinalar se houve ou não eventos estressantes em sua vida, nos últimos dois anos. Em seguida, o mesmo deve classificar os eventos assinalados na categoria 'sim', com uma nota de 0 a 100, de acordo com sua experiência. O objetivo é estabelecer a magnitude dos eventos, em que a classificação dada pelo respondente indica o grau, readaptação e sofrimento, exigido para cada evento em sua vida.

O desenvolvimento do conceito de estresse e suas implicações no binômio saúde-doença têm se desenvolvido de diversas maneiras. Uma das formas de estudá-lo tem sido mediante eventos de vida, que são mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo. Restringindo-os, pesquisadores procuraram investigar se situações de perdas ou separações de pessoas-chaves, se frustrações de objetivos de vida significativos estariam relacionados ao surgimento de muitas doenças orgânicas, entre elas os cânceres.

Para este propósito, GORENSTEIN & ANDRADE, ZVARDI, (2000) relatam que a Escala de Eventos Estressantes (Social Readjustment Rating Scale Holmes & Rahe, 1967), é o mais conhecido dos instrumentos utilizados para medir eventos de vida, assim como tem sido objeto de vários estudos (KATSCHNING, 1986; MONROE & WADE, 1988; SAVOIA, 1995), e permanece como a mais utilizada em pesquisas de campo.

Esta escala foi escolhida por ser subjetiva e objetiva, de forma que o paciente entrevistado, além de citar os eventos, atribui uma nota para o grau de importância destes para as suas vivências de sofrimento, isto é, depende, quase que exclusivamente, da avaliação feita diretamente pelo próprio paciente. Possibilita, também, o estudo mais aprofundado dos aspectos psicológicos destes doentes com câncer, que são considerados, na hipótese deste trabalho, como significativos na evolução desta patologia.

4.2. PROCEDIMENTO

Na abordagem aos pacientes de ambos os grupos, contou-se com uma lista de nomes dos pacientes e registro destes no Hospital de Clínicas da Unicamp, na seqüência em que foram agendados para a cirurgia e para o atendimento no Departamento de Otorrinolaringologia. Foi realizado um primeiro contato com eles para apresentar-lhe a pesquisadora e esclarecer sua função profissional, assim como para fornecer explicações preliminares da justificativa e finalidade do estudo e esclarecer os procedimentos e os objetivos da pesquisa.

Em seguida, após garantir sigilo e anonimato de suas informações, foi solicitada permissão formal, mediante assinatura do termo de consentimento, para a coleta de dados. Na seqüência, foram aplicados o Questionário de Características Sociodemográficas, Questionário WHOQOL-100, o Inventário MMPI e a Escala de Eventos Estressantes.

As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, na sala de procedimentos, das respectivas áreas. A realização das entrevistas com pacientes acometidos de cânceres cabeça e pescoço, incluindo a aplicação dos testes, teve a duração média de 2 horas e 15 minutos, conforme a disponibilidade do paciente. A realização das entrevistas, no grupo comparativo, portadores de lesões não tumorais na cavidade oral, teve a duração média de 1hora e 30 minutos.

4.3. ESTUDO PILOTO

Antes de se começar a coleta de dados, realizou-se um estudo-piloto, composto por uma amostra de 12 pacientes, sendo dez com diagnósticos de cânceres cabeça e pescoço e dois com lesões não tumorais na cavidade oral, ambos no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Este estudo objetivou avaliar se o método e seus instrumentos eram adequados para esta pesquisa e, também, possibilitou um treinamento prévio da pesquisadora, na forma da verbalização de explicações mais adequadas aos pacientes, com a intenção de padronizá-las e torná-las mais compreensíveis às populações em estudo.

Foi realizada apenas uma entrevista com cada paciente, com duração média de 2 horas a 2 horas e 45 minutos. Constatou-se, durante as entrevistas, que devido à forma de distribuição dos dados na folha de respostas do MMPI, havia uma maior possibilidade de erros nas transcrições das respostas, assim como aumentava, sensivelmente, o tempo das entrevistas. Transferiu-se, então, as respostas 'certas', 'erradas', para o caderno de questões. Desta forma, pode-se simplificar a aplicação do Inventário MMPI, substituindo a folha de respostas, tornando a aplicação mais ágil e rápida, evitando, também, possíveis erros de transcrição dos dados.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise estatística, os dados foram codificados e inseridos no banco de dados Epi-info, versão 6,0b (1997). Este banco de dados foi transportado para o programa SAS System for Windows, versão 8.01 (1999 – 2000), onde foram feitos testes de comparações entre os dois grupos (estudo e comparativo) com relação às variáveis medidas em comum, referentes a Características Sociodemográficas, Hábitos Alimentares, Qualidade de Vida (WHOQOL-100), Inventário Minnesota de Personalidade (MMPI) e presença de Eventos Estressantes.

Para descrever o perfil da amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, foram feitas tabelas de freqüência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (AGRESTI & FINLAY, 1986; FONSECA & MARTINS, 1994).

As variáveis podem ser medidas em categorias distintas de respostas, chamadas variáveis Categóricas, e podem ser Nominais, quando não há uma ordenação entre as categorias, por exemplo, 'sexo', ou Ordinais quando existe uma hierarquia entre as categorias, indicando um gradiente na ordenação das respostas: do menor para o maior, por exemplo, 'escolaridade' – 1° grau, 2° grau, (AGRESTI & FINLAY, 1986; FONSECA & MARTINS, 1994).

As variáveis também podem ser medidas por intermédio de valores numéricos, chamados de contínuas, e podem ser Discretas/Ordinais, quando os valores numéricos são pontuais, expressos em números inteiros e em pequena magnitude, por exemplo, número de filhos, ou Contínuas Intervalares quando os valores são expressos em números com alta precisão, utilizando-se casas decimais ou em números inteiros com ampla magnitude de valores, por exemplo, 'idade' - quaisquer valores entre 10 e 90 anos, (AGRESTI & FINLAY, 1986; FONSECA & MARTINS, 1994).

Para a comparação da distribuição de uma variável contínua entre os dois grupos, por exemplo, idade, escores do MMPI, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (CONOVER, 1971). Na comparação da distribuição de uma variável categórica entre os dois grupos, por exemplo, 'sexo', 'escolaridade', foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou quando necessário, para valores esperados menores que cinco foi usado o teste exato de Fisher (FLEISS, 1981). O nível de significância adotado foi o de 5%, ou seja, $p< 0,05$.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 15/02/2000.

Respeitando os aspectos éticos necessários para a realização da pesquisa, foi solicitada a colaboração da equipe médica de cirurgia de câncer cabeça e pescoço e da equipe de cirurgia a laser do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas, a fim de se obter as referências dos casos que correspondessem à proposta desta pesquisa, por meio de encontros e explicações.

Antes do início das entrevistas com os dois grupos, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento (anexo I), onde constavam o nome, registro de identidade, número do HC, endereço, número do telefone do Comitê de Ética, data e assinatura do paciente e da pesquisadora. Constavam, também, informações sobre os objetivos da pesquisa. O anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos, além de ser enfatizado que a qualquer momento poderiam dar a entrevista por encerrada, e que este fato não acarretaria prejuízo ao seu atendimento no serviço.

A pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecimentos a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa e o procedimento desta, assim como para informações atualizadas obtidas durante o estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da coleta foram registrados 140 pacientes acometidos de cânceres na região da cabeça e pescoço. Foram abordados para este estudo 55 pacientes. Destes, 45 foram elegíveis. Não houve recusa inicial de participação nas entrevistas, porém, dois pacientes interromperam a continuidade dos encontros, alegando vergonha.

Até onde foi possível investigar, esta pesquisa é, no meio médico, o primeiro estudo incluindo um grupo comparativo, com dados sobre traços de características de personalidade, qualidade de vida e eventos estressantes, para este tipo de câncer.

Os instrumentos utilizados nunca haviam sido usados com a população de pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço. Contudo, de forma geral, pode-se dizer que estes instrumentos mostraram-se adequados aos objetivos propostos, foram de fácil aplicação e bem aceitos pelos pacientes, proporcionando uma conversa encadeada e confortadora, que servia, também, para aliviar tensões.

Foi oportuno colocar-se algumas perguntas abertas, que possibilitaram uma descrição das histórias de vida e uma compreensão da vivência do paciente com relação ao processo de adoecer. Desta forma, somando as informações provenientes dos instrumentos, procurou-se compreender a vivência dos pacientes em relação à doença, contribuindo este estudo e suas conclusões, para uma melhora na relação médico-paciente, graças aos conhecimentos das características de personalidade destes enfermos e de suas modalidades de reações, em face das adversidades e sofrimentos impostos pela patologia.

A concepção deste projeto articula-se à compreensão de MELLO FILHO & MOREIRA (1992), que enfatizam a idéia de que uma visão mais abrangente da enfermidade se impõe, sendo fundamental ter-se uma visão multifatorial do processo de adoecer. Procurou-se trabalhar com os dados de forma a conhecê-los, combiná-los e compará-los, a fim de dar-lhes uma real utilização em benefício do paciente.

5.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DOS ENFERMOS

Tabela 1: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o diagnóstico clinico dos enfermos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DOS ENFERMOS					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
DIAGNÓSTICO	**FREQ.**	**%**	**DIAGNÓSTICO**	**FREQ**	**%**
Tumor Invasivo de Pele	17	37,8	Lesões Verrugosas Papilares	16	35,5
Tumores Cavidade Oral	14	31,1	Lesões Brancas Líquen Plano-	16	35,5
Tumores Malignos	06	13,3	Blastomicose	08	17,9
Tumores da Laringe	05	11,1	Lesões Vermelhas Hemangiomas	05	11,1
Tumores de Olhos	03	6,7			

Os dados da tabela 1 mostram que no GE, 37,8%, num total de 17 eram pacientes portadores de tumores invasivos de pele, sendo estes a maior incidência de neoplasias na região de cabeça e pescoço. São os tumores de pele, representados por lesões puntiformes, sendo os mais comumente encontrados carcinomas basocelular, carcinomas de células escamosas e os melanomas.

Verificou-se que no GE, 31,1%, num total de 14 pacientes, eram portadores de tumores da cavidade oral. São consideradas sub-regiões anatômicas da cavidade oral: lábios, rebordos alveolares, assoalho da boca, língua oral, regiões jugais, trígono retromolar e palato duro. Em sua expressiva maioria caracterizada por carcinomas espinocelular. A incidência de linfonodos metastáticos ocultos é alta, podendo variar de 25 a 40% , mesmo nos estádios iniciais (CERNEA, 1991; SHERMAN JR 1991).

No lábio a queixa principal é uma ferida ulcerada, via de regra localizada na comissura labial sendo o tratamento de escolha uma excisão em V. O prognóstico destes pacientes, quando tratado em fase inicial é muito bom.

Língua, a sua porção bucal é a região mais afetada por câncer, sendo a segunda estatisticamente maior, em grau de incidência, na cavidade oral. A lesão, normalmente, apresenta-se de forma ulcerada, não respondendo a tratamento tópico inicial, afetando as bordas laterais (dorso da língua). Base de língua, que se localiza na orofaringe, onde se finda a epiglote, é a sede mais comum das neoplasias com predominância dos carcinomas espino-celulares. Apresenta uma rica rede de vasos linfáticos, o que explicaria a rápida evolução, incluindo metástases cervicais. As lesões iniciais podem ser tratadas tanto pela exérese cirúrgica, como pela radioterapia – radiação externa (CERNEA, 1991; SHERMAN JR 1991).

A sobrevivência de cinco anos constitui um bom parâmetro para se poder julgar a eficiência de determinado tratamento, pois a maior parte das recidivas ocorre dentro dos dois primeiros anos, e raramente, após os quatro anos. A perspectiva de cura, após cinco anos é de 50% a 65%, sendo, respectivamente, de 70% a 80% para estádio I, 70% para estádio II, 50% a 60% para o estádio III e, 20% a 35%, para o estádio IV. Deve-se enfatizar a necessidade, em geral. dos princípios básicos de higiene bucal e desaconselhar o uso de fumo.

Verificou-se que no GE, 11,1%, num total de cinco pacientes, eram portadores de tumores de laringe. O câncer de laringe é um dos mais freqüentes entre os tumores malignos de cabeça e pescoço, e se originam do epitélio da mucosa que recobre as estruturas que formam a faringe, isto é: a epiglote, as dobras pariepiglóticas. Apresenta sintomas clínicos como a rouquidão, que perdura por mais de uma semana, lesões pequenas e indolores, e lesões mais extensas que despertam sensação de corpo estranho na garganta e dor, halitose, dispnéia, disfagia e otalgia reflexa (CERNEA, 1991; SHERMAN JR 1991).

Observou-se que no GE, 6,7%, num total de três pacientes, eram portadores de tumores na região ocular. O maior índice é o carcinoma de células escamosas, que tem preferência pela pálpebra superior. O canto interno da órbita é, também sede comum destas neoplasmas. Dentre estas entidades, os mais comuns encontrados são os carcinomas basocelular, carcinoma epidermóides e melanomas malignos. Nota-se que no GE, constituídos de 6,7%, num total de três pacientes, eram portadores de tumores na região ocular.

Lesões brancas: líquen plano

O líquen plano é uma doença mucocutânea inflamatória crônica bastante comum, que afeta homens e mulheres. Na mucosa bucal apresentam-se estrias (de Wickham) bilaterais, assintomáticas, exceto quando existem erosões. Ocasionalmente, manifestam-se lesões constituídas por pápulas pruriginosas, roxas. A mucosa jugal é a mais afetada, com lesões ocasionais na língua, na gengiva e no palato. (REGEZI & SCIUBBA, 2001).

Embora seja de causa desconhecida, pode ser precipitada pelo estresse e pode constituir uma condição hiperimune mediada pelas células T. A importância da doença relaciona-se com seu grau de freqüência de ocorrência, podendo regredir depois de muitos anos. O tratamento apenas controla a doença. Têm similaridade ocasional com outras doenças da mucosa; uma natureza dolorosa e uma possível conexão com malignidade, sendo que esta transformação é rara (REGEZI & SCIUBBA, 2001).

Lesões vermelhas-azuis: hemangiomas

A denominação hemangiomas é usada, em sentido geral. para abranger uma variedade de neoplasmas, hamartomas e malformações vasculares, que aparecem predominantemente por ocasião do nascimento ou pouco depois. São lesões vermelhas ou azuis, que embranquecem, quando comprimidas. A extensão da lesão é difícil de determinar; as áreas comumente afetadas são a pele, os lábios, a língua e a mucosa jugal.

Como causa encontram-se neoplasmas benignos congênitos e outros que decorrem da morfogênese anormal dos vasos, ou seja, má formação vascular e varizes venosas são congênitas. A maioria das lesões congênitas involui sem tratamento, as de más formações vasculares podem requerer remoção cirúrgica. Muitos hemangiomas permanecem quiescentes ou aumentam gradualmente; a hemorragia pode constituir uma complicação significativa, porém, freqüentemente, é um problema estético.

Lesões verrucosas-papilares: hiperplasia papilar

A hiperplasia papilar, ou papilomatose palatina é uma lesão indolor, vermelha, devido à inflamação, com aspecto de seixos, que ocorre quase exclusivamente no palato duro, sendo quase sempre, associada a uma prótese total ou removível. Tem como causa uma reação dos tecidos moles à prótese total (dentadura) mal-adaptada e provável crescimento sobreposto de fungos. O tratamento requer excisão e confecção de nova prótese total. A lesão não é pré-maligna e pode mostrar uma regressão significativa, se o paciente deixar de usar a prótese total e antifúngicos podem contribuir na melhora do quadro.

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

LOCAL DE NASCIMENTO

Estas variáveis foram igualmente categorizadas por: Município de São Paulo; Estado de São Paulo (exceto o município SP); Região Sudeste (exclusive estado de SP e município de SP); Região Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul; países das Américas; Europa e Asiáticos.

Tabela 2: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo local de nascimento.

LOCAL DE NASCIMENTO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO - GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ.**	**%**
Município São Paulo	2	4,4	Município São Paulo	4	8,9
Estado de São Paulo	29	64,4	Estado de São Paulo	31	68,0
Outro Estado	14	31,1	Outro Estado	10	22,2

Analisando os dados da tabela 2, verifica-se que dos 45 pacientes do GE, 64,4%, constituídos de 29 pacientes, nasceram no Estado de São Paulo; 4,4%, constituídos de dois pacientes, nasceram no Município de São Paulo; 31,1%, constituídos de 14 pacientes, nasceram em outros estados.

Observando os dados do GC, nota-se que dos 45 pacientes deste grupo 68,0%, constituídos de 31 pacientes, nasceram no Estado de São Paulo; 8,9%, constituídos de quatro pacientes, nasceram no Município de São Paulo; 22,2%, constituídos de dez pacientes, nasceram em outros estados.

A tabela 2 mostra que não existem diferenças significativas entre os pacientes do GE e os pacientes do GC, em relação ao local de nascimento. Identificou-se que houve predominância dos nascidos no Estado de São Paulo.

ESTADO DE NASCIMENTO

Tabela 3: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo estado de nascimento.

ESTADO DE NASCIMENTO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO – GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
São Paulo	27	60,0	São Paulo	34	75,6
Minas Gerais	9	20,0	Minas Gerais	7	15,6
Paraná	3	6,7	Paraná	1	2,2
Bahia	3	6,7	Alagoas	1	2,2
Mato Grosso do Sul	2	4,4	Pernambuco	1	2,2
Ceara	1	2,2	Amapá	1	2,2

Observando os dados da tabela 3, verifica-se que dos 45 pacientes do GE 60,0%, constituídos de 27 pacientes, nasceram no Estado de São Paulo; 20,0%, constituídos de nove pacientes nasceram em Minas Gerais; 6,7%, constituídos de três pacientes nasceram, no Paraná; 6,7%, constituídos de três pacientes nasceram na Bahia; 4,4%, constituídos de dois pacientes, nasceram no Mato Grosso do Sul e, 2,2%, constituído de um paciente, nasceu no Ceará.

Entre o GC, verificou-se que dos 45 pacientes do GC, 75,6%, constituído de 34 pacientes, nasceram no Estado de São Paulo; 15,6%, constituídos de sete pacientes, nasceram em Minas Gerais; 2,2%, constituído de um paciente, nasceu no Paraná; 2,2%, constituído de um paciente, nasceu em Alagoas; 2,2%, constituído de um paciente, nasceu em Pernambuco e, 2,2%, constituído de um paciente, nasceu no Amapá.

Analisando os dados desta referida tabela, observa-se que o número de pacientes que nasceram no Estado de São Paulo é ligeiramente maior no GC, totalizando 34 pacientes, enquanto que no GE é discretamente menor, num total de 27 pacientes. O número de nascidos em Minas Gerais também é ligeiramente maior no GE, num total de nove pacientes, quando comparado ao GC, totalizando sete pacientes. O mesmo ocorre com o número de nascidos nos demais Estados - no GE é significativamente maior que no GC. Pode-se dizer que o número de indivíduos nascidos no Estado de São Paulo e de Minas Gerais é maioria nos dois grupos (de estudo e comparativo).

O senso comum compreende que migração corresponde a um tipo de movimento de uma população sobre o espaço. No Brasil, os primeiros estudos sobre movimentos de populações estão relacionados à aceleração da urbanização cuja interface é o êxodo rural. entendido, muitas vezes, como sinônimo de migração (MENEZES, 2000).

Segundo SANCHEZ *et al.* (1989) a urbanização é fenômeno mundial e na América Latina se calcula que para o ano 2000, aproximadamente, 80% da população viveriam em áreas urbanas.

PERLMAN (1981) aborda em seu livro 'O Mito da Marginalidade' que a migração do campo, em geral, é motivada pelo esgotamento dos solos, por condições climáticas adversas como secas ou inundações, por divisões cada vez menores, de lotes destinados para a agricultura de subsistência ou, nos latifúndios, pela adoção de novas tecnologias, em especial. a mecanização da lavoura.

MENEZES (2000) está em acordo com a mecanização da lavoura e explora a questão do baixo padrão de vida socioeconômico da população rural. com dificuldade de acesso à escola e baixa renda. Para explicar o fenômeno da migração existem teorias que dizem que a maioria dos que migram são pequenos proprietários, que não contam com o

apoio governamental para as melhorias de técnicas agrícolas, por meio de subsídios. Desta forma não conseguem concorrer com os grandes proprietários, formadores de uma aristocracia rural poderosa, perdendo suas terras ou sendo expulsos delas. Este fato, segundo a mesma autora, implicaria na desterritorialização do grupo ou do indivíduo. Explora, ainda, que quem migra é um deserdado e excluído, afirmando que a migração é uma transferência da pobreza do campo para a cidade. O resultado deste processo é o crescimento urbano desordenado, com a não-absorção dos migrantes rurais nos setores urbanos de produção e, devido ao excedente da força de trabalho, o aumento da pobreza na periferia urbana se mostra constante, criando, ainda, uma grande dificuldade de racionalização de investimentos e declínio da qualidade de vida nas cidades. A autora diz:

> O novo contexto inclui precarização do trabalho, desemprego e uma nova pobreza. Um dado que recentes estudos revelam: o Brasil já é, também, um país de emigração. (pág 5).

Preocupados com a aculturação, angústia psicológica e reclamações psicossomáticas em migrantes SUNDQUIST *et al.* (2000) concluíram por meio de 1980 entrevistas que a aculturação destes indivíduos era pobre, com sensação de pouca coerência, acompanhada de sentimentos de perda do controle da própria vida e dificuldades econômicas, contribuindo, significativamente, para o desencadeamento da angústia psicológica destes migrantes.

CABRAL (1989) faz uma importante referência quanto às conseqüências deste grave quadro social de que é vítima o migrante, enfatizando como resultado da evasão do campo para as grandes cidades a miséria, a desordem, a segregação e os preconceitos, os vícios, a violência, o trabalho escasso, em funções não-qualificadas e mal remuneradas, e, particularmente, a frustração dos sonhos dos migrantes.

Via de regra, encontram-se posturas no sentido de expulsar ou convencer o migrante pobre a retornar à sua origem ou, simplesmente partir. Freqüentemente rejeitados no contexto urbano e, com a impossibilidade de sobrevivência, mesmo nas periferias das grandes cidades, o migrante se vê obrigado a continuar à busca de um novo lugar (MENEZES, 2000).

ZONA DE NASCIMENTO

Estas variáveis foram categorizadas por: zona urbana e zona rural

Tabela 4: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo zona de nascimento, urbana ou rural.

ZONA DE NASCIMENTO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO - GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Urbana	19	42,2	Urbana	25	55.6
Rural	26	57,8	Rural	20	44,4

Os dados da tabela 4 mostram que entre a população do GE, 57,8% nasceram em zona rural e 42,28% nasceram em zona urbana. Entre a população do GC, 44,4% nasceram em zona rural e 55,6% nasceram em zona urbana.

Verifica-se, também, mediante os dados desta tabela, que o número de pacientes nascidos na zona rural é ligeiramente maior no GE, totalizando 26 pacientes, enquanto que, no GC, é discretamente menor, num total de 20 pacientes. O número de pacientes nascidos na zona urbana é ligeiramente maior no GC, totalizando 25 pacientes.

Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por RAITIOLA & PUKANDER (1997), que avaliaram os fatores etiológicos de câncer de laringe, durante o período de 1962 a 1991, não encontrando nenhuma diferença significante na ocorrência destes tumores entre os pacientes provenientes de áreas urbanas e rurais.

ESCOLARIDADE

Tabela 5: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo escolaridade.

ESCOLARIDADE					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO – GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Analfabeto	21	46,7	Analfabeto	8	17,8
Primário	13	28,9	Primário	20	44,4
Ginasial	6	13,3	Ginasial	9	20,2
Colegial	4	8,9	Colegial	6	13,3
Superior	1	2,2	Superior	2	4,4

Analisando-se os dados da tabela 5, percebe-se que dos 45 pacientes do GE, 46,7% constituídos de 21 pacientes, são analfabetos; 28,9% constituídos de treze pacientes, possuem o primário; 13,3% constituídos de seis pacientes, cursaram o ginasial; 8,9%, constituídos de quatro pacientes cursaram o colegial e, 2,2% constituído de um paciente, cursou o nível superior.

Observa-se que dos 45 pacientes do GC, 17,8%, constituídos de oito pacientes, são analfabetos; 44,4%, constituídos de 20 pacientes, possuem o primário; 20,2%, constituídos de nove pacientes, cursaram o ginasial; 13,3%, constituídos de seis, cursaram o colegial e, 4,4%%, constituídos de dois, cursaram o nível superior.

Comparando-se os resultados dos dois grupos, em relação à escolaridade, nota-se que há uma maior concentração de indivíduos do GE, nas categorias compreendidas de analfabetos e primários e no grupo GC, os pacientes na categoria analfabeta, é expressivamente menor, assim como houve uma maior concentração dos pacientes no nível primário. Comprovou-se, também, que o número de pacientes nas categorias ginasial. colegial e superior é ligeiramente maior no grupo GC, mostrando um nível intelectual mais elevado entre os indivíduos deste último grupo. De forma geral. houve uma tendência a encontrar indivíduos com maior nível de escolaridade no grupo comparativo, em relação ao grupo de estudo.

Estes resultados estão em concordância com os achados de vários autores (THORNE & ETHERINGTON, BIRCHALL, 1997), que relatam ser os pacientes com câncer na região da cabeça e pescoço, indivíduos com baixo grau de instrução, pertencentes a classes com baixo nível socioeconômica e cultural.

O baixo nível socioeconômico e cultural e suas conseqüências sobre os pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço, têm preocupado THORNE & ETHERINGTON, BIRCHALL (1997), que desenvolveram uma hipótese de que a privação social teria influência no aumento de incidência de cânceres de cabeça e pescoço, independente de sexo, idade ou local do tumor, predispondo-os, também, para o desenvolvimento de um segundo câncer primário. Concluíram que o carcinoma de laringe aumentou continuamente com o estado socioeconômico e cultural baixo, assim como o carcinoma oral era notadamente crescente em número específico na mais baixa categoria socioeconômica.

THORNE & ETHERINGTON, BIRCHALL (1997), atentos ao baixo grau de escolaridade destes pacientes, salientam a importância da melhoria do nível educacional. a fim de que estes doentes passem a ter maior percepção e acesso a melhores cuidados com a saúde, assim como, HAGEN *et al.* (1993) defendem a idéia da melhoria dos níveis educacionais destes pacientes, a fim de influenciar o comportamento e mudanças de hábitos neste grupo de alto risco.

ANSCHER & GOLD (1991), enfatizam, por sua vez, a necessidade dos médicos perceberem, o analfabetismo como um problema, visto que a falta de informação acarreta um impacto significativo no processo de aceitação do diagnóstico e aderência ao tratamento, para os pacientes com cânceres de cabeça e pescoço, sendo que o fator ignorância pode afetar, de forma negativa, os resultados do tratamento.

CABRAL (1985) evoca a percepção das condições difíceis de vida impostas a estes pacientes, em conseqüência de pertencerem à classe social oprimida, que conduzem a inúmeros transtornos no desenvolvimento psicofísico destes enfermos. A autora oferece um tema interessante quando convida a refletir sobre o fato de que:

> Privados da escola, alimentando-se precariamente, sem possibilidade de utilizarem produtos para uma boa higiene física e oral. sem possibilidade de terem lazeres não caseiros, e até mesmo caseiros, pois a luz elétrica está cara e eles não podem ver televisão, não podem comprar lã para tricotar, etc..., assim como enfrentando tensões vivenciais outras que discorreremos adiante, estes pacientes não têm outra saída a não ser somatizarem seriamente.(p. 215-16)

ESTADO CIVIL

Tabela 6: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo estado civil.

ESTADO CIVIL					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ.**	**%**
Solteiro	5	11,1	Solteiro	3	6,7
Casado	26	57,8	Casado	36	80,0
Viúvo	7	15,6	Viúvo	3	6,7
Desquitado/Divorciado	2	4,4	Desquitado/Divorciado	3	6,7
Amasiado	5	11,1			

Observando-se os dados da tabela 6, verificou-se que entre a população do GE, 11,1% são solteiros; 57,8% são casados; 15,6% são viúvos; 4,4% são divorciados ou desquitados e 11,1%, são amasiados. Entre a população do GC, 5,7%, são solteiros; 80% são casados; 6,7% são viúvos e, 6,7%, são divorciados ou desquitados.

Os dados desta tabela, mostram que o número de solteiros é ligeiramente maior no GE, totalizando cinco pacientes, enquanto que no GC é discretamente menor, num total de três pacientes. O número de viúvos também é maior no GE, total de sete pacientes, quando comparado ao grupo GC, total de três pacientes. O mesmo não ocorre com o número de desquitados e divorciados, sendo dois pacientes para o GE e três pacientes para o GC. Somente o grupo GE apresentou o estado civil de amasiado, totalizando cinco pacientes. Pode-se dizer que o número de indivíduos casados legalmente entre si é maioria nos dois grupos (de estudo e comparativo). Comparando-se os dados da tabela, verifica-se que houve uma tendência de maior número de casados no GC.

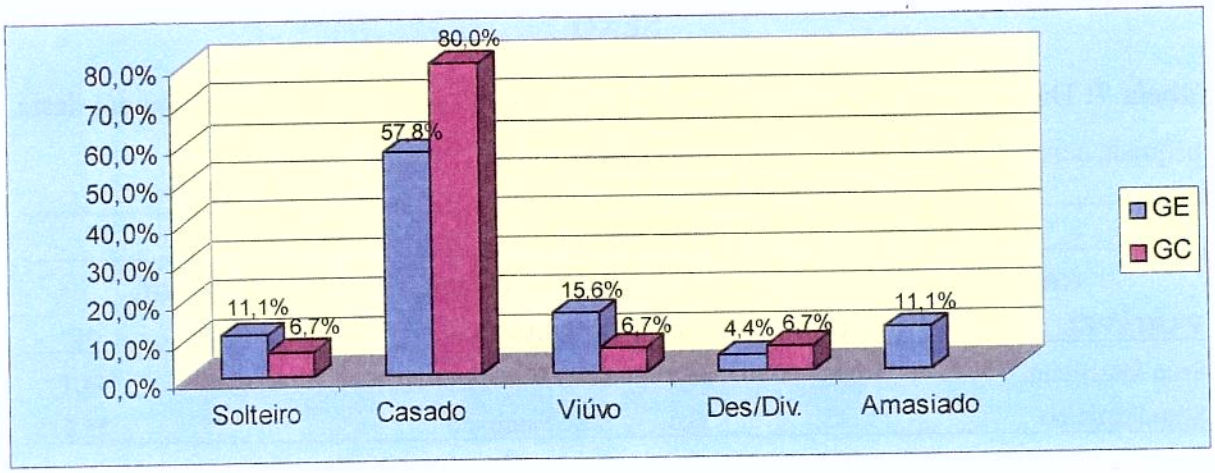

Gráfico1: Comparação do estado civil. Apresenta a comparação da variável estado civil entre os pacientes do GE e GC em termos porcentuais.

Estes dados são significativos, uma vez que vários estudiosos como PELLER (1940), enfatizam a significação das situações de perda, demonstrando uma maior predisposição ao câncer, na população de viúvos. GREENE (1966) também observou que a doença ocorria com freqüência após situações de perdas e separações, que provocavam sentimentos de depressão e ansiedade. Este tema será abordado logo adiante quando se analisam os eventos estressantes de vida.

LESHAN & WORTHINGTON (1956), que estudaram 250 pacientes com diversas neoplasias, identificaram que havia a perda de uma relação significante (freqüentemente cônjuge ou filhos), de seis meses a oito anos, antes da observação dos primeiros sinais do tumor.

Estudos recentes sobre o câncer, como o de KOENIG (2000), demonstram a importância de vínculos afetivos satisfatórios com maior apoio social encontrando uma relação consistente, importante entre saúde mental e maior apoio social dos indivíduos. TAYLOR (2001), estudando as influências espirituais e culturais em pacientes cancerosos, alerta que não foi percebido apoio social e uma comunicação familiar sincera, entre estes pacientes.

SEXO

Tabela 7: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo sexo.

SEXO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO - GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Sexo Masculino	30	66,7	Sexo Masculino	20	44,4
Sexo Feminino	15	33,3	Sexo Feminino	25	55,6

Verificando-se os dados da tabela 7, nota-se que no GE, 66,7%, constituídos de 30 homens e 33,3%, constituídos de 15 mulheres, em comparação com a população do GC, composta de 44,4%, constituídos de 20 homens e 55,6%, constituídos de 25 mulheres. Houve diferença significativa em relação ao sexo entre os enfermos dos dois grupos: o grupo comparativo apresentou um número maior de mulheres, enquanto que o grupo de estudo apresentou mais homens.

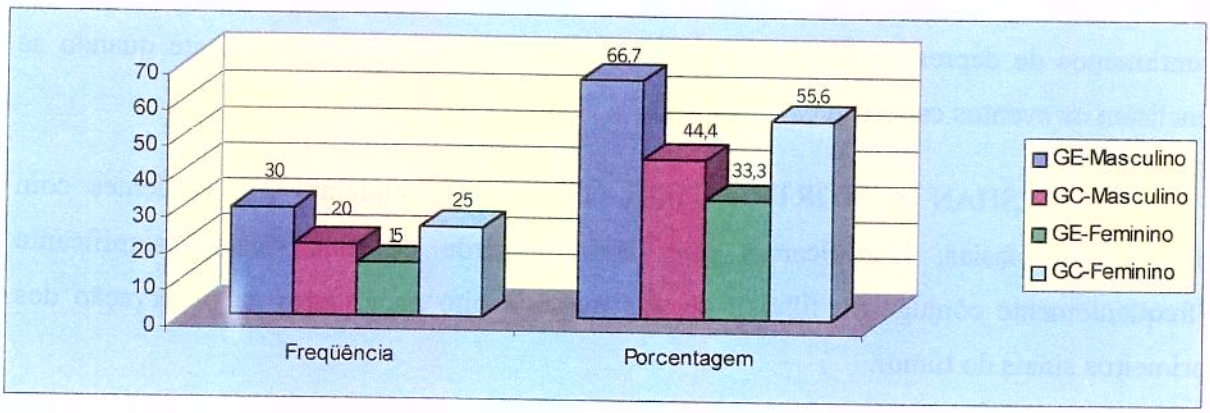

Gráfico 2: Comparação de sexos. Apresenta a comparação da variável sexo entre os indivíduos do GE e do GC, em termos de freqüência e porcentagem.

Esses números estão em acordo com dados epidemiológicos (FRANCO *et al.* 1989; SHERMAN JR, 1991; THORNE *et al.* (1997); HAMMERLID *et al.* 1998; NICHOLAS, 2000), que demonstram ser maior a incidência de câncer na região da cabeça e pescoço, em homens, do que em mulheres.

MARAN & WILSON, GAZE (1993) contam que os cânceres na região da cabeça e pescoço é uma doença, predominantemente, de homens, em função de uma variedade de fatores de risco ambientais bastante conhecidos, notavelmente o maior consumo de tabaco entre o sexo masculino.

KAPLAN *et al.* (1997) demonstram que o abuso e a dependência de substâncias são mais comuns em homens do que em mulheres, com a diferença mais acentuada para substâncias não-alcoólicas, que para o álcool. NICHOLAS (2000), explorando melhor este aspecto, afirma que os homens desenvolvem mais câncer que as mulheres, com maior taxa de mortalidade e, normalmente, se adaptam bem menos ao diagnóstico da doença. O autor explica que este contexto decorre do impacto da socialização de gênero e do papel masculino em nossa sociedade. E, enfoca, como determinantes, o comportamento de risco com o consumo de tabaco e álcool, a descoberta precoce, o reconhecimento do sintoma, a postergação da busca de ajuda especializada e, principalmente, a dificuldade de adaptação psicossocial dos homens à doença.

IDADE

Tabela 8: Distribuição dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo idade.

IDADE			
GRUPO ESTUDO		**GRUPO COMPARATIVO**	
N	45	N	45
Média	56,84	Média	48,69
D.Padrão	15,24	D.Padrão	11,89
Máxima	84	Máxima	71
Mediana	56	Mediana	49
Mínima	25	Mínima	25

Analisando os dados, verifica-se que houve diferença significativa ($p= 0.0079$ – Mann-Whitney) de idade entre os grupos: GE tem indivíduos com nível maior de idade do que no GC.

Os resultados referentes à idade coincidem com os achados de outros estudos, (KROUSE *et al.* 1989; SHERMAN JR, 1991; VON-DOERSTEN *et al.* 1995; THORNE *et al.* 1997; HAMMERLID *et al.* 1998), que encontraram a preponderância de dados epidemiológicos, que caracterizam a população com cânceres da cabeça e pescoço, incluindo indivíduos com idade entre 50 e 70 anos.

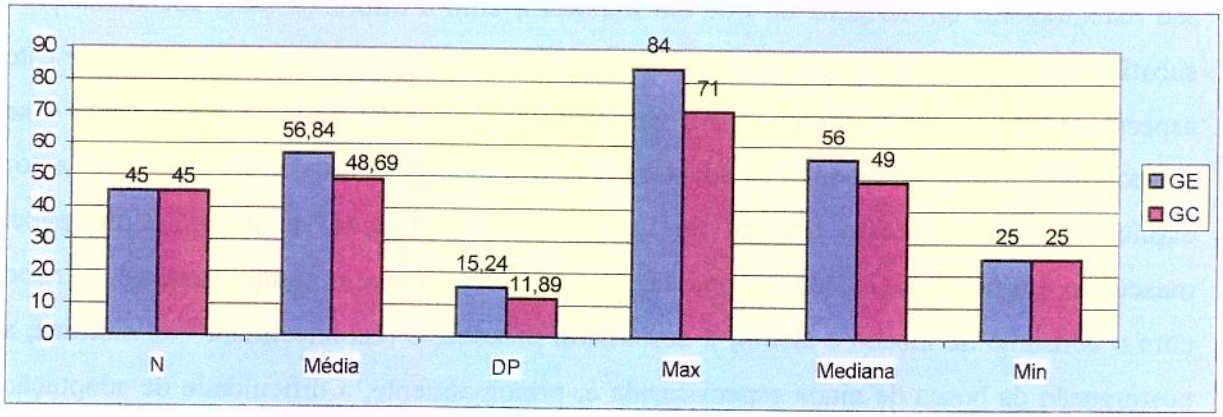

Gráfico 3: Comparação da idade. Apresenta a comparação da variável idade entre os enfermos do GE e GC, em termos de média, desvio padrão e mediana.

RELIGIÃO

Tabela 9: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo religião.

RELIGIÃO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO - GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Católico	37	82,2	Católico	34	75,6
Evangélico	4	8,9	Evangélico	5	11,1
Crente	1	2,2	Adventista	2	4,4
Pentecostal Crente	1	2,2	Espírita	1	2,2
Testemunha de Jeová	1	2,2	Testemunha de Jeová	1	2,2
Não Tem	1	2,2	Universal	1	2,2
			Congregação Crista	1	2,2

Os dados da tabela 9 indicam que dos 45 pacientes do GE, 82,2%, constituídos de 37 pacientes, são católicos; 8,9%, constituídos de quatro pacientes, são evangélicos; 2,2%, constituídos de um paciente, é crente; 2,2%, constituído de um paciente, é pentecostal; 2,2%, constituído de um paciente, é testemunha de Jeová, e 2,2%, constituídos de um paciente, não tem religião.

Entre os enfermos do GC, verifica-se que dos 45 pacientes, 75,6%, constituídos de 34 pacientes são católicos; 11,1%, constituídos de cinco pacientes são evangélicos; 2,2%, constituídos de um paciente é adventista; 2,2%, constituídos de um paciente é espírita; 2,2%, constituídos de um paciente é testemunha de Jeová; 2,2%, constituídos de um paciente é da igreja universal e, 2,2%, constituído de um paciente é da congregação cristã.

Analisando-se os resultados dos dois grupos, em relação à religião, nota-se que não existem diferenças entre os pacientes com câncer na região da cabeça e pescoço e os pacientes com lesões não tumorais. Houve uma maior concentração de indivíduos, na categoria católica, em ambos os grupos (GE e GC), assim como para a categoria evangélica. Para as demais categorias, os indivíduos estão proporcionalmente distribuídos.

A experiência religiosa ocorre por meio do *'diálogo do homem com o mundo'* (PIAZZA, 1983, p. 350). É possível perceber este fenômeno, ou fato religioso, nas atitudes e práticas religiosas dos indivíduos tais como a prece, a confissão, a meditação, as proibições, o sacrifício, a adoração, a pregação e os ritos (PIAZZA, 1983).

Para FREUD (1927), o homem, sentindo-se aflito pelas dificuldades, privações e sofrimento da vida em sociedade, se defende por meio de idéias religiosas, expressas nas práticas e ritos, que prometem alívio para as suas necessidades.

As dificuldades vivenciais e adaptativas do homem, juntamente com os sofrimentos ameaçadores da realidade, o impulsiona ao encontro da religião na busca da felicidade (FREUD, 1927).

Em seu estudo sobre religião e neurose obsessiva, FREUD (1927) postula que o crente, ao aceitar a doutrina religiosa, estaria salvo de desenvolver enfermidades neuróticas[1] pois sua aceitação da neurose individual universal o pouparia do trabalho de elaboração de uma neurose pessoal. se estruturando, a função integradora.

JUNG (1990) entendia a religião como sendo a ligação do indivíduo com os aspectos do seu inconsciente coletivo através da experiência religiosa, ocasionando uma transformação em sua consciência. E diz:

> Religião é – como diz o vocábulo latino 'religere' – uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto acertadamente chamou de numinoso[2], isto é, uma existência ou efeito dinâmico não causado por um ato arbitrário. (JUNG, 1990, p.129).

Segundo JABLONKA (1975), Jung acreditava que a religião seria uma força propulsora, que move o indivíduo ao encontro de si mesmo, por meio da aceitação de sua totalidade, de seus aspectos positivos e negativos. A religião propiciaria ao homem o encontro consigo mesmo, e teria, portanto, um caráter integrador. A neurose seria a ausência da percepção das experiências integradoras da religião (JUNG, 1990).

OCUPAÇÕES

TABELA 10: Distribuição dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo ocupações.

GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO - GC		
OCUPAÇÕES	**FREQ.**	**%**	**OCUPAÇÕES**	**FREQ**	**%**
Categoria I	2	4,7	Categoria I	4	9,2
Categoria II	1	2,2	Categoria II	5	11,5
Categoria III	5	11,5	Categoria III	9	20,7
Categoria IV	25	57,5	Categoria IV	24	55,3
Categoria V	10	23,0	Categoria V	0	0

[1] Afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito que tem as suas raízes na história infantil do indivíduo e constitui compromissos entre o desejo e a defesa (LAPLANCHE, 1986).

[2] [Do lat. numine, 'divindade', 'nume', + -oso.]. Segundo Rudolf Otto (1869-1927), teólogo e filósofo alemão, o sentimento único vivido na experiência religiosa, a experiência do sagrado, em que se confundem a fascinação, o terror e o aniquilamento AURELIO (Versão 3.0) Ed. Nova Fronteira.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Categoria I – Posições de supervisão ou inspeção de ocupações não-manuais: chefe de escritório, de repartição pública, comerciante, construtor, professor secundário.

Categoria II – Ocupações não-manuais de rotina e assemelhados: auxiliar de escritório, comerciário, ferroviário, comerciário, recepcionista, atendente de enfermagem, emissor de passagens, inspetor de alunos.

Categoria III – Ocupações manuais especializadas e assemelhadas: eletricista, encanador, funileiro, marceneiro, mecânico, motorista, pedreiro, sapateiro, pintor, serralheiro, metalúrgico.

Categoria IV – Ocupações manuais não especializadas: coletor de Lixo guarda noturno, empregada doméstica, ajudante de serviços gerais, carregador, tecelão, coveiro, lavador de carros, industriário, faxineiro.

Categoria V – Ocupações de lar: dona de casa.

Observando os dados da tabela 10, verifica-se que dos 45 pacientes do GE, 4,7%, constituídos de dois pacientes, pertencem à categoria I; 2,2% constituídos de um paciente pertence à categoria II; 11,5%, constituído de cinco pacientes pertencem à categoria III; 57,5%, constituídos de 25 pacientes, pertencem à categoria IV, 23,0%, constituídos de dez pacientes, pertencem à categoria V.

Dos 45 pacientes no GC, nota-se que 9,2%, constituídos de quatro pacientes pertencem a categoria I; 11,5%, constituídos de cinco pacientes, pertencem à categoria II; 20,7%, constituídos de nove pacientes, pertencem à categoria III; 55,3%, constituídos de 24 pacientes, pertencem à categoria IV; não foi encontrado nenhum paciente na categoria V.

Constatou-se que nos resultados da tabela 10, nos dois grupos houve maior incidência entre as categorias III e IV, das ocupações manuais e não-especializadas, atividades estas características de classes de baixo poder aquisitivo.

Estes resultados estão em concordância com os achados de vários autores (FUNK *et al.*1997; THORNE & ETHERINGTON, BIRCHALL, 1997), que relatam ser os pacientes com câncer na região da cabeça e pescoço, indivíduos com baixo grau de instrução, pertencentes a classes com baixo nível socioeconômico e cultural.

HÁBITO DE FUMAR

Consideraram-se os três tipos principais de fumo e as quantidades diárias de cigarros consumidos habitualmente, num gradiente: não-fumante, de hábito moderado e de hábito intenso. As variáveis foram categorizadas em 'nunca' (teve o hábito de fumar), 'não agora', 'mas sim no passado' e 'sim' (fuma atualmente).

Tabela 11: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o hábito de fumar.

HÁBITO DE FUMAR					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Nunca	14	31,1	Nunca	14	31,1
No passado	15	33,3	No passado	15	33,3
Sim	16	35,6	Sim	16	35,6

Verificando-se os dados da tabela 11, observa-se que dos 45 pacientes do GE, 31,1%, constituídos de 14 pacientes, nunca fumaram; 33,3%, constituídos de 15 pacientes, fumaram no passado; 35,6%, constituídos de 16 pacientes, possuem atualmente o hábito de fumar.

Nota-se que no GC, dos 45 pacientes, 31,1%, constituídos de 14 indivíduos, nunca fumaram; 33,3%, constituídos de 15 pacientes, fumaram no passado; 35,6%, constituídos de 16 pacientes, possuem o hábito atual de fumar.

Correlacionando-se os dados auferidos em ambos os grupos, constata-se que não houve nenhuma diferença entre os resultados obtidos (de estudo e comparativo), revelando comportamento de hábito de fumar, estatisticamente idêntico, para os dois grupos.

Entretanto, há fortes e consistentes evidências, em vários estudos, (SOLER *et al.* 2001; OGIMOTO & SHIBATA, FUKUDA, 2000; KROUSE & FABIAN, 1989; SHERMAN JR, 1991; VON-DOERSTEN *et al.* 1995; HAMMERLID *et al.* 1998), do alto consumo de tabaco entre os pacientes com cânceres na região da cabeça e pescoço, em que o tabaco é considerado como um dos principais fatores de risco (LAUNOY *et al.* 1998). Em decorrência disto, daremos prosseguimento, nas tabelas e discussões subseqüentes, maiores detalhes deste hábito nocivo à saúde, nos indivíduos dos dois grupos.

Foram considerados os três principais tipos de fumo, cigarro sem filtro, cigarro com filtro e cigarro de palha; e as quantidades diárias de cigarros consumidos, habitualmente, num gradiente de 'não-fumante', de 'hábito moderado' e de 'hábito intenso'. Para cigarros 'com' e 'sem filtro' consideramos como 'moderado' de 1 a 20 cigarros por dia, e 'intenso' de 21 e mais cigarros por dia. Para cigarros de palha consideramos como 'moderado' de 1 a 09 cigarros por dia, e 'intenso' de 10 e mais cigarros por dia.

Tabela 12: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do CG, segundo consumo cigarro de palha.

CIGARRO DE PALHA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não fuma	25	55,6	Não fuma	37	82,2
Moderado	17	37,8	Moderado	6	13,3
Intenso	3	6,7	Intenso	2	4,4

Analisando-se os dados da tabela 12, verifica-se que dos 45 pacientes do GE, 55,5%, constituídos de 25 pacientes, não fumam; 37,8%, constituídos de 17 pacientes, possuem o hábito moderado de fumar e 6,7%, constituídos de três enfermos, possuem hábito intenso de fumar.

Dos 45 pacientes do GC, nota-se que 82,2%, constituídos de 37 pacientes, não fumam; 37,8%, constituídos de seis pacientes, possuem hábito moderado de fumar e 4,4%, constituídos de dois pacientes, possuem hábito intenso de fumar.

Comparando-se os dados da tabela, observa-se um número maior de indivíduos pertencentes ao GC que não fumam, totalizando 37 pacientes, enquanto que no GE, este número é significativamente menor, num total de 25 pacientes. O número de pacientes que possuem o hábito moderado de fumar é, também, significativamente maior no grupo GE, totalizando 17 pacientes, quando comparado ao GC, total de seis pacientes, assim como o número de pacientes que fumam atualmente, sendo estes, três pacientes para o GE e dois pacientes para o GC. Houve uma maior concentração de pacientes nas categorias de hábito 'moderado' e 'intenso' no grupo GE, enquanto há uma maior concentração na categoria 'não-fuma' para os pacientes do GC, com diferença estatística de p=0,14.

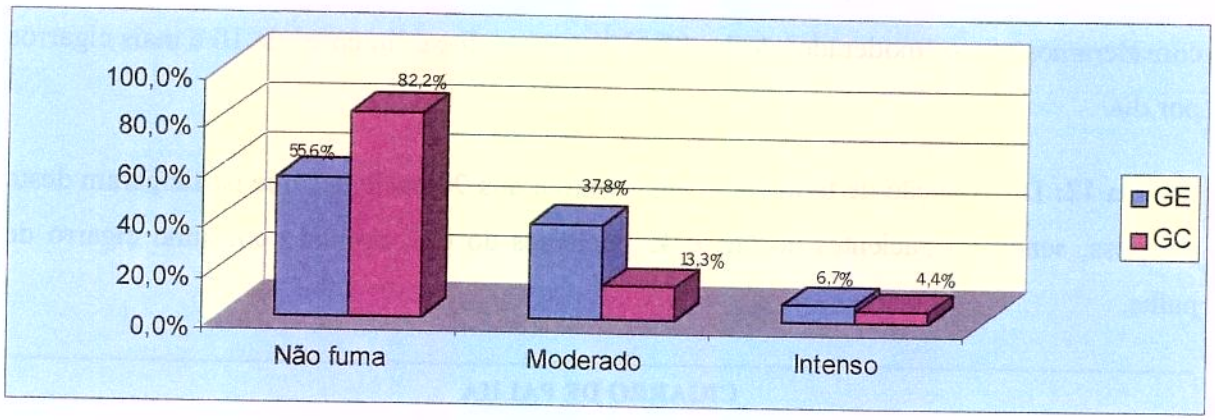

Gráfico 4: Comparação consumo de cigarro de palha. Apresenta a comparação do consumo de cigarro de palha entre os grupo GE e GC, em termos de porcentagem.

Como GIMENO *et al.* (1995) mostram em pesquisa conduzida junto à rede pública da cidade de São Paulo, dados semelhantes aos desta pesquisa foram encontrados entre seus pesquisados, onde o hábito tabagista se mostra preponderante nas lesões cancerígenas, em especial quando da utilização de marca mais ordinária de cigarros, em fumo de rolo (onde o cigarro é preparado com palha seca de milho), se evidenciam complicações mais graves.

Um amplo estudo comunitário descobriu que 76% dos homens e 65% das mulheres com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool ou de outra substância tinham um diagnóstico psiquiátrico de co-morbidade. Foram encontrados, geralmente, transtornos de personalidade anti-sociais[3], fobias[4] (e outros transtornos de ansiedade), transtorno depressivo maior[5] (KAPLAN *et al.* 1997).

KEUTHEN *et al.* (2000) em seu estudo sobre co-morbidade e hábito de fumar, detectaram que 62,3%, dos fumantes apresentavam transtornos de humor e ansiedade. Entre os fumantes com altas taxas de dependência de nicotina e hábito intenso, foram observados humor deprimido e maior estado de tensão e ansiedade.

Nos programas desenvolvidos contra o tabagismo, observa-se que a ansiedade é um fator decisivo para hábito de fumar, assim como para o desejo de deixar de fumar e, para a reincidência no hábito do tabagismo (POMERLEAU, *et al.* 1990; MARTINEZ,1993; GRANDA, *et al. 1998*; SPANGLER *et al.* 2001).

CHABROL *et al.* (2000) investigando 342 estudantes fumantes, oferecem uma explicação para este fato, revelando que a motivação principal para fumar é a procura para o relaxamento e uma diminuição de emoções negativas, utilizando o cigarro como meio para administrar a tensão e a ansiedade.

---

[3] Caracterizado por atos anti sociais e criminosos, mas não é sinônimo de criminalidade. Trata-se de uma incapacidade de conformar-se às normas sociais que envolvem muitos aspectos do desenvolvimento adolescente e adulto do paciente. Pela CID 10, a condição recebe o nome de Transtorno da personalidade dissocial (KAPLAM, 1997).

[4] Medo irracional que provoca esquiva consciente do objeto, atividade ou situação específica temida., que acarreta uma perturbação da capacidade de funcionamento do indivíduo (KAPLAM, 1997).

[5] A presença de aspectos psicóticos no transtorno depressivo maior reflete uma doença grave, com evidentes sintomas depressivos (humor deprimido, fadiga, diminuição da concentração, da auto estima, idéias de culpa e de inutilidade, transtorno no sono e apetite (KAPLAM, 1997).

Partindo da constatação de que depressão, ansiedade e emoções negativas estão associados ao hábito de fumar, WHALEN *et al.* (2001) encontraram que o risco para o tabagismo e o desejo de fumar eram mais elevados em adolescentes com disposições agressivas e depressivas. Foram informados sentimentos de fadiga, menos felicidade e bem-estar, com sensação diária de sentir-se bravo e triste.

Estes dados se articulam com o estudo comparativo realizado por BEJEROT, & VON KNORRING, EKSELIUS (2000), em que propõem um subtipo clínico para os fumantes, evidenciando ansiedade, psicastenia[6] e características de transtorno de personalidade obsessivas[7] pronunciadas.

Segundo os autores WARBURTON (1985) e KAPLAN *et al.* (1997) a nicotina desencadeia o aumento de hormônios como a noradrenalina, adrenalina, vasopressina, β-endorfina, adrenocorticotrópico – ACTH e cortisol, que, supostamente, contribuem para efeitos estimulantes básicos da nicotina no sistema nervoso central. que reduzem a fadiga. Além disso, a nicotina possui uma ação sedativa e que reduz a ansiedade e a raiva (SILVERSTEIN, 1982; WARBURTON, 1985).

Em termos comportamentais, os efeitos estimulantes da nicotina resultam em melhor concentração, aprendizagem e capacidade para resolução de problemas. Os usuários relatam, também, que o hábito de fumar melhora o humor: diminui a tensão e os sentimentos depressivos.

O desenvolvimento da dependência é aumentado pelos poderosos efeitos da publicidade pela indústria de cigarros. Hoje, fala-se sobre os riscos do fumo de forma tênue, quase insignificante, escrito em letras minúsculas, após longas propagandas de incentivo ao prazer de fumar (KAPLAN *et al.* 1997).

---

[6] [De psic(o)- + -asten(o)- + -ia1.] Fraqueza intelectual. Psiq. Obsol. Afecção mental caracterizada por depressão, ansiedade, tendência a manias e obsessões, e perda do sentido da realidade AURELIO (Versão 3.0) Ed. Nova Fronteira.

[7] Caracterizado por constrição emocional. organização, perseverança, obstinação e indecisão; padrão generalizado de perfeccionismo e inflexibilidade (KAPLAM, 1997).

KEUTHEN *et al.* (2000) informaram que um número significativo da população, continua fumando cigarros, apesar de todos os esforços de prevenção e tratamento deste hábito (KAPLAN *et al.* 1997). A influência de amigos, sócios da família na iniciação e manutenção do vício, é muito grande. As pessoas que tendem a fumar possuem pais ou irmãos que fumam e que servem como modelos de identificação (JOHNSON & GILBERT, 1991; KAPLAN *et al.* 1997; GRANDA *et al.* 1998).

Tabela 13: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo hábito de fumar cigarro com filtro.

CIGARRO COM FILTRO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não fuma	25	55,6	Não fuma	18	40,0
Moderado	15	33,3	Moderado	21	46,7
Intenso	5	11,1	Intenso	6	13,3

Analisando os dados da tabela 13, verificou-se que dos 45 pacientes do GE, 55,6%, constituídos de 25 pacientes que não fumam; 33,3%, constituídos de 15 pacientes, possuem hábito moderado de fumar cigarros com filtro e 11,1%, constituídos de cinco pacientes, possuem hábito intenso de fumar cigarros com filtro.

Dos 45 pacientes do GC, nota-se que 40,0%, constituídos de 18 pacientes, não fumam; 46,7% constituídos de 21 pacientes possuem hábito moderado de fumar e 13,3%, constituídos de seis pacientes, possuem hábito intenso de fumar cigarros com filtro.

Observa-se, portanto, que o número de pacientes que não fumam é moderadamente maior no GE, totalizando 25 pacientes; enquanto que no GC, é discretamente menor, num total de 18 pacientes. Entretanto, o número de pacientes que possuem hábito moderado de fumar, também é maior no GC, num total de 21 pacientes, quando comparado ao GE, que possui um total de 15 pacientes, assim como o número de pacientes que possuem hábito intenso de fumar cigarros com filtro, também é ligeiramente maior no GC, em relação ao GE.

Correlacionando-se os dados encontrados em ambos os grupos do presente estudo, constatou-se que os pacientes do GC apresentaram níveis maiores de consumo de tabaco, concentrando-se nas categorias moderado e intenso, do que os pacientes do GE, onde observamos uma relação inversamente proporcional na categoria de pacientes que não fumam.

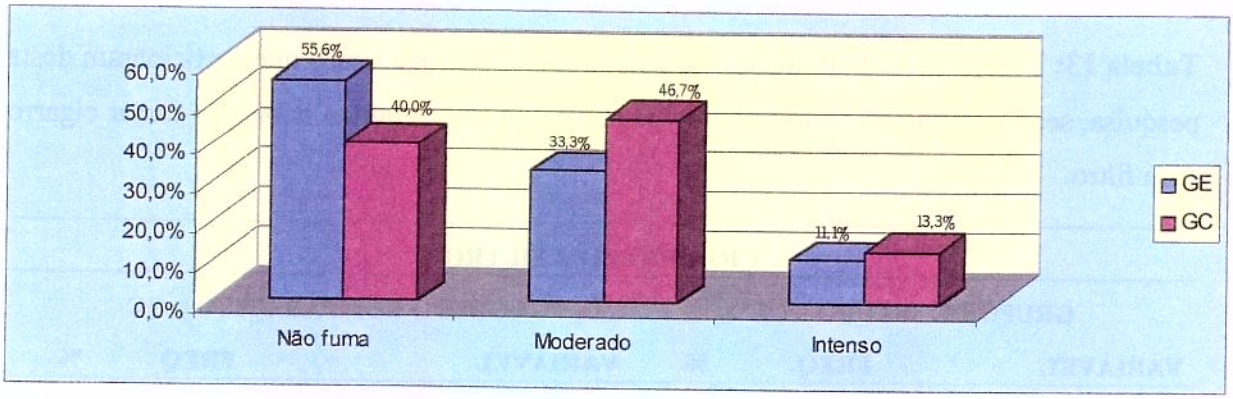

Gráfico 5: Comparação de consumo de cigarro com filtro. Apresenta a comparação do consumo de cigarro com filtro entre os enfermos do GE e GC, em termos de porcentagem.

Apesar do tabaco ser citado amplamente na literatura, como um fator de risco na etiopatologia dos cânceres de cabeça e pescoço, (KROUSE *et al.* 1989; SHERMAN JR, 1991; VON-DOERSTEN *et al.* 1995; HAMMERLID *et al.* 1998, LAUNOY *et al.* 1998; SOLER *et al.* 2001; OGIMOTO *et al.*2000), não foram encontradas evidências de diferenças estatisticamente significativas de que o tabaco, de forma isolada, seja um fator predisponente à evolução deste tipo de patologia; entretanto, quando existe a associação de fumo e álcool, ocorre uma potencialização dos efeitos deletérios de ambos os agentes, para a saúde destes indivíduos.

Tabela 14: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo hábito de fumar cigarro sem filtro.

CIGARRO SEM FILTRO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não fuma	38	84,4	Não fuma	43	95,6
Moderado	5	11,1	Moderado	2	4,4
Intenso	2	4,4	Intenso	*	*

Avaliando-se os dados da tabela 14, verificou-se que dos 45 pacientes do GE, 84,4%, constituídos de 38 pacientes, não fumam este tipo de cigarro; 11,1%, constituídos de cinco pacientes, possuem hábito moderado de fumar este tipo de cigarro e, 4,4%, constituídos de dois pacientes, possuem hábito intenso de fumar cigarros sem filtro.

Dos 45 pacientes do GC, observa-se que 95,6%, constituídos de 43 pacientes, não fumam este tipo de cigarro; 4,4%, constituídos de dois pacientes possuem hábito moderado de fumar cigarros sem filtro e não houve freqüência na categoria de hábito intenso de fumar cigarro sem filtro. Nota-se, na visualização destes dados da tabela, que o número de pacientes que não fumam este tipo de cigarro é ligeiramente maior no GC, totalizando 43 pacientes; enquanto que, no GE, é discretamente menor, num total de 38. O número de pacientes que possuem hábito moderado de fumar este tipo de cigarro é maior no GE, total de cinco pacientes, quando comparado ao GC, que apresenta um total de dois pacientes.

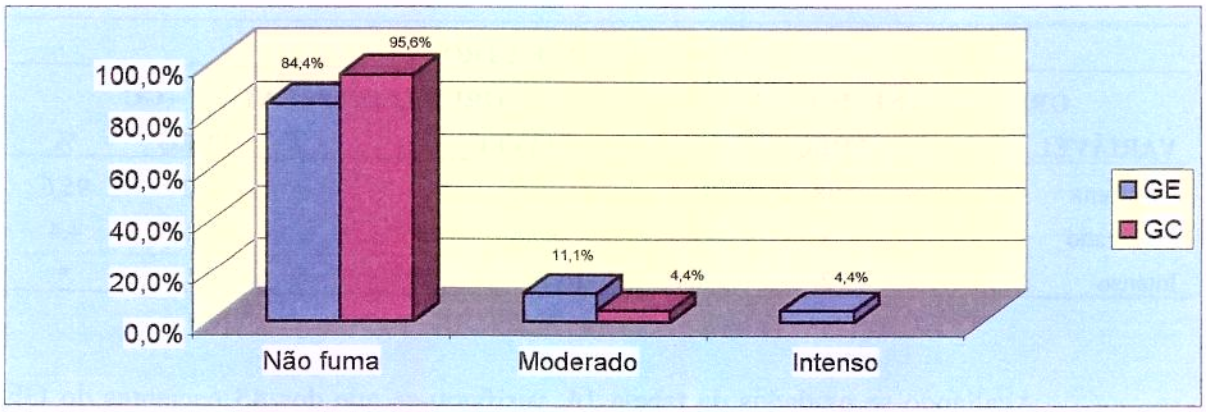

Gráfico 6: Comparação do consumo de cigarro sem filtro. Apresenta a comparação do consumo de cigarro sem filtro entre os grupos GE e GC, em termos de porcentagem.

Comparando-se os dados, verifica-se que houve uma tendência de consumo maior de cigarros de marcas baratas, sem filtro e desta forma mais acessível aos indivíduos do grupo GE pelo padrão do nível socioeconômico baixo dos seus constituintes. No grupo GC, verificou-se uma tendência de menor consumo de cigarros sem filtro e a utilização de marcas comercialmente mais caras e com filtro.

DIETZ & HELLER, MAIER (1991), salientam a idéia de diferentes autores que demonstraram a influência de fatores socioeconômicos, hábitos dietéticos e estilo de vida, como fatores determinantes de aumento de riscos para o surgimento de cânceres de cabeça e pescoço.

CONSUMO TOTAL DO TABACO

Dos três tipos de cigarros citados nas entrevistas, foi possível a determinação da variável 'fumo total', em que a quantidade total de fumo é combinação dos três tipos de cigarros e suas respectivas quantidades:

- Não fuma qualquer dos tipos
- Fuma pelo menos um dos tipos moderadamente
- Fuma pelo menos um dos tipos intensamente

Tabela 15: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo consumo total de cigarros com filtro.

CIGARRO COM FILTRO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não fuma	14	31,1	Não fuma	14	31,1
Moderado	21	46,7	Moderado	23	51,1
Intenso	10	22,2	Intenso	8	17.8

Na análise dos dados da tabela 15, verificou-se que dos 45 pacientes do GE, 31,1%, constituídos de 14 pacientes, não fumam; 46,7%, constituídos de 21 pacientes, possuem hábito moderado de fumar e, 22,2%, constituídos de dez pacientes, possuem hábito intenso de fumar qualquer um dos tipos de cigarro.

Observou-se que dos 45 pacientes do GC, 31,1%, constituídos de 14 pacientes, não fumam; 51,1%, constituídos de 23 pacientes, possuem hábito moderado de fumar e 17,8%, constituídos de oito pacientes, possuem hábito intenso de fumar qualquer um dos tipos de cigarros.

Constata-se, portanto que o número de pacientes que não fumam apresentou-se em número de igualdade, n=31, para ambos os grupos. O número de pacientes que possuem hábito moderado de fumar qualquer tipo de cigarros é ligeiramente maior no GC, total de 23 pacientes, quando comparado ao GE, que apresentou um total de 21 pacientes. Relação idêntica foi encontrada na categoria de pacientes que possuem hábito intenso de fumar qualquer tipo de cigarro.

O fumo tem sido considerado um fator de risco em potencial para diversos tipos de neoplasias, especialmente para os cânceres na região da cabeça e pescoço. CERNEA (1991) relaciona estes cânceres com algum fator predisponente, citando, principalmente, o fumo, com incidência de 6,3 a 13,9 vezes maior de câncer bucal em fumantes do que em não-fumantes.

Pela fumaça inalada, que apresenta várias substâncias cancerígenas, pode-se provocar câncer em vários órgãos, com as quais o fumo mantém contato íntimo. Como explicação para o mecanismo do fumo inalado, induzindo câncer de esôfago, os autores DIETZ & HELLER, MAIER, (1991) e NEWCOMB & CARBONE, (1992) notaram que os carcinógenos da fumaça do tabaco têm extenso contato, principalmente, no trato aerodigestivo alto. Após condensar-se na membrana mucosa da boca e faringe, é eliminada pelos pulmões, quando da expiração, sendo, então, deglutida. Segundo estes mesmos autores, este contato com o epitélio esofagiano pode ser um dos responsáveis pelo surgimento de uma neoplasia.

CONSUMO DE BEBIDAS

Foi considerado o hábito de ingestão de três tipos de bebida alcoólica: pinga, cerveja e vinho. As quantidades diárias consumidas habitualmente foram divididas num gradiente de 'não bebe', 'bebe pouco' e 'bebe muito'.

As respostas obtidas foram categorizadas pelo número de doses (30ml) e de freqüência no tempo. Para o consumo de pinga foi utilizado o critério de 'não bebe', de 'uma a quatro doses por semana'; 'fim de semana' e de 'uma a quatro doses diárias' ou 'mais'. Para o consumo de cerveja considerou-se os critérios de 'não bebe', de dois copos

por semana; 'fim de semana' e '1/2 garrafa a três garrafas' ou'mais por dia'. Para o consumo de vinho utilizou-se os critérios de 'não bebe', um copo por semana; 'fim de semana' e 'um a quatro copos' ou 'mais por dia'.

Tabela 16: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o tipo de bebida alcoólica: pinga.

PINGA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO - GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não bebe	19	42,2	Não bebe	32	71,1
Bebe pouco	1	2,2	Bebe pouco	*	*
Bebe muito	25	55,6	Bebe muito	13	28,9

A tabela 16 aponta que dos 45 pacientes do GE, 42,2%, constituídos de 19 pacientes, 'não bebem pinga'; 2,2%, constituídos de um paciente, 'bebem pouco' e 55,6%, constituídos de 25 pacientes, 'bebem muito' pinga.

Avaliando-se os 45 pacientes do grupo GC, verificou-se que 71,1%, constituídos de 32 casos, 'não bebem' pinga; 28,9%, constituídos de 13 pacientes, 'bebem muito', sendo que não houve freqüência na categoria 'bebe pouco'.

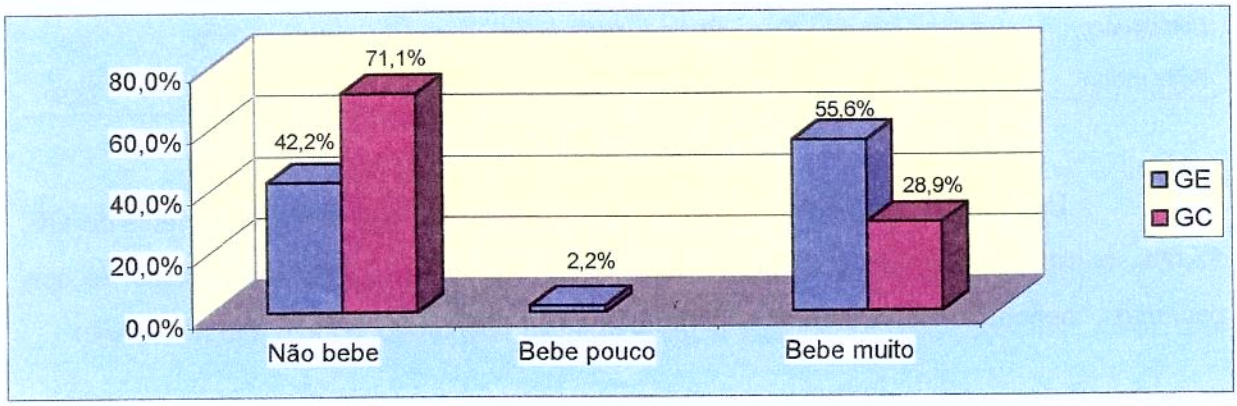

Gráfico 7: Comparação do consumo de pinga. Apresenta a comparação do consumo de pinga entre os grupo GE e GC, em termos de porcentagem.

Observa-se que o número de pacientes que 'não bebem' pinga é significativamente maior no GC, totalizando 32 pacientes; enquanto que no GE, é expressivamente menor, num total de 19 pacientes. Pode-se dizer que a concentração de pacientes que 'bebem muito' é expressivamente maior no GE, no total de 35 pacientes, quando comparado com o GC, que totaliza 13 pacientes. Houve uma maior concentração de pacientes nas categorias que 'bebem muito' no GE, enquanto que no GC, a porcentagem maior ficou para a categoria 'não bebe', com diferença estatística de p=0,010.

Os dados obtidos estão em concordância com a vasta literatura sobre o tema (FRANCO *et al.* 1989; KROUSE *et al.* 1989; SHERMAN JR, 1991; VON-DOERSTEN *et al.* 1995; 1996; HAMMERLID *et al.* 1998; SOLER *et al.* 2001; OGIMOTO *et al.* 2000), que associam a alta ingestão de bebidas alcoólicas como um dos principais fatores de risco para os cânceres de cabeça e pescoço.

Tabela 17: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o tipo de bebida alcoólica: cerveja.

CERVEJA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO - GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não bebe	25	55,6	Não bebe	30	66,7
Bebe pouco	6	13,3	Bebe pouco	2	4,4
Bebe muito	14	31,1	Bebe muito	13	28,9

Examinando-se os dados da tabela 17, observa-se que dos 45 pacientes do GE, 55,6%, constituídos de 25 pacientes, 'não bebem' cerveja; 13,3%, constituídos de seis pacientes, 'bebem pouco' e 31,6%, constituídos de 14 pacientes, 'bebem muita' cerveja.

Avaliando-se os dados dos 45 pacientes do GC, nota-se que 66,7%, constituídos de 30 pacientes, 'não bebem' cerveja; 4,4%, constituídos de dois pacientes, 'bebem pouco' e 28,9% dos pacientes, 'bebem muita' cerveja.

Logo, o número de pacientes que 'não bebem' cerveja é menor no GE, num total de 25 pacientes, em comparação com o GC, que totaliza 30 pessoas. Encontrou-se relação inversamente maior para os pacientes do GE, num total de seis pacientes, em relação ao GC, que totaliza dois pacientes que 'bebem pouco'. Notou-se, também, que o número de pacientes que 'bebe muito' é semelhante entre os grupos de estudo e comparativo, oscilando de 14 para o GE e13 para o GC. Os riscos relativos não apresentam significância estatística.

Tabela 18: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o tipo de bebida alcoólica: vinho.

VINHO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não bebe	41	91,1	Não bebe	45	100
Bebe pouco	1	2,2	Bebe pouco		*
Bebe muito	3	6,7	Bebe muito		*

Os dados da tabela 18 mostram que dos 45 pacientes do GE, 91,1%, constituídos de 41pacientes, 'não bebem' vinho; 2,2%, constituídos de um paciente, 'bebem pouco' e, 6,7%, constituídos de três pacientes, 'bebem muito' vinho.

Examinando-se os dados dos 45 pacientes do GC, verificou-se que 100%, constituídos dos 45 pacientes participantes 'não bebem' vinho. Não se encontrou freqüência nas categorias 'bebe pouco' e 'bebe muito' vinho.

Comparando-se os dados desta tabela, notou-se que os pacientes do grupo GC concentraram-se, exclusivamente, na categoria 'não bebem' e este número é ligeiramente menor no grupo GE, num total de 41 e um pacientes. Houve uma maior concentração de pacientes do grupo GE na categoria 'bebe muito', totalizando três pacientes, enquanto um paciente ficou na categoria 'bebe pouco'.

Os dados referentes ao consumo destes diversos tipos de bebidas alcoólicas mostram, também, que há consumo mais intenso, em número de doses e de freqüência no tempo, daquelas bebidas com teor alcoólico mais elevado, como a pinga.

Tabela 19: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo a quantidade total de bebida.

QUANTIDADE TOTAL DE BEBIDA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não bebe	16	35,6	Não bebe	24	53,3
Bebe pouco	1	2,2	Bebe pouco	3	6,7
Bebe muito	28	62,2	Bebe muito	18	40,0

Verificando-se os dados da tabela 19, percebe-se que dos 45 pacientes do GE, 35,6%, constituídos de 16 pacientes 'não bebem'; 2,2%, constituídos de um paciente 'bebem pouco' e 62,2%, constituídos de 28 pacientes 'bebem muito'.

Com base na análise dos 45 pacientes do GC, verifica-se que 53,3%, constituídos de 24 pacientes 'não bebem'; 6,7%, constituídos de três pacientes 'bebem pouco' e 40,0%, constituídos de 18 pacientes 'bebem muito'.

Os dados desta tabela indicam que o número de pacientes que 'não bebem' é significativamente maior no GC, totalizando 24 pacientes; enquanto que no GE, é expressivamente menor, num total de 16 pacientes. Houve também, uma maior concentração de pacientes que 'bebem pouco' no GC, no total de três pacientes, quando comparados com o GE, que totalizou um paciente. Notou-se, também, que o número de pacientes que 'bebem muito' é significativamente maior no GE, num total de 28 pacientes, em comparação ao GC, num total de 18 pacientes.

Correlacionando-se os dados encontrados em ambos os grupos, de estudo e comparativo, constatou-se que houve tendência de maior concentração na categoria 'bebe muito', entre os pacientes do grupo GE.

O consumo excessivo de álcool, segundo OGIMOTO & SHIBATA, FUKUDA (2000), foi maior entre os pacientes acometidos de cânceres na região da cabeça e pescoço, como demonstrado nos dados e, também, estão em acordo com o extenso número de estudos epidemiológicos prospectivos e retrospectivos (FRANCO *et al.* 1989; KROUSE *et al.* 1989; SHERMAN JR, 1991; VON-DOERSTEN *et al.* 1995; HAMMERLID *et al.* 1998; SOLER *et al.* 2001).

Estudando a etiopatogenia destes tumores, CERNEA (1991) relaciona-os a alguns fatores como o álcool, enfatizando um aumento destes tumores entre etilistas. A associação entre fumo e álcool, provocaria uma potencialização dos efeitos deletérios de ambos os agentes. O álcool acelera os mecanismos de carcinogênese na mucosa aerodigestiva alta, por alterar a bioquímica e a imunologia dos indivíduos, aumentando os riscos de transformação maligna e proliferação celular. Nos indivíduos com alto consumo de bebidas alcoólicas ocorrem deficiências nutricionais, além do dano hepático, que aceleram os processos de carcinogênese (SCHOTTENFELD, 1979). No câncer de cavidade oral e de laringe, o consumo de álcool age sinergicamente com o fumo, podendo aumentar de 25% a 50% o risco de desenvolvimento de uma neoplasia maligna de esôfago (WILLIAMS & HORN, 1977; SHOTTENFELD, 1984; DIETZ & HELLER, MAIER, 1991).

Cerca de 45% de todos os adultos norte-americanos tiveram, pelo menos, um episódio temporário de problemas relacionados ao álcool, como dirigir embriagado, faltar ao emprego, em razão de um consumo alcoólico excessivo. Cerca de 200.000 mortes a cada ano estão diretamente relacionadas ao abuso do álcool, sendo as mais comuns o acidente automobilístico, o suicídio, o câncer, as cardiopatias e a doença hepática (KAPLAN *et al.* 1997).

KAPLAN *et al.* (1997) relata que a co-morbidade mais comum envolvem duas substâncias de abuso, geralmente álcool e alguma outra substância. Os diagnósticos psiquiátricos que mais comumente acompanham os transtornos relacionados ao álcool são transtorno de personalidade anti-social, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, fobias e transtorno depressivo maior e esquizofrenia (KAPLAN *et al.* 1997; DRIESSEN *et al.* 2001, SCHIMIDT, 2001; WETTERLING, 2001; KUNTZE & CORNU, BAHRO, 2001). Grau significativo de co-morbidade entre ansiedade e transtorno bipolar foi, também observado nos familiares (PREISIG *et al.* 2001).

KUNTZE & CORNU, BAHRO (2001) e KAPLAN *et al.* (1997) evocam a percepção que fobias e transtorno de pânico são diagnósticos co-mórbidos, particularmente, freqüentes nestes indivíduos. Alguns estudos indicam que o álcool pode ser usado em uma tentativa de auto-medicação dos sintomas de fobia social[8] (KAPLAN *et al.* 1997; ABRAMS *et al.* 2001; RANDALL & THOMAS, THEVOS, 2001). O álcool é eficaz no alívio da ansiedade, segundo KAPLAN *et al.* (1997), KUNTZE & CORNU, BAHRO, 2001 e RANDALL & THOMAS, THEVOS, (2001), por esta razão muitos indivíduos o utilizam freqüentemente para amenizar os sintomas, uma prática que conduz ao abuso e/ou à dependência em aproximadamente 20% das pessoas afetadas (RANDALL & THOMAS, THEVOS, 2001).

KAPLAN *et al.* (1997) apontam para a questão de que embora não existam traços específicos de personalidade conectados com a dependência de álcool, os médicos têm observado que o álcool pode servir à função de substituir estruturas psicológicas ausentes e, portanto, servir para restaurar um senso de auto-estima do paciente. A interpretação psicanalítica do abuso desta substância amplia a visão do problema ao apontar que os estados regressivos podem, na verdade, ser revertidos pelo uso destas substâncias, porque estas reforçam as defesas enfraquecidas contra perdas de afetos intensos, como a vergonha e a raiva. Estes indivíduos tendem a ter déficits significativos nos autocuidados, resultantes de perturbações precoces do desenvolvimento, e na internalização prejudicada das figuras parentais. Em conseqüência, estas pessoas consideram difícil tranqüilizar-se a si mesmas e regular o controle dos impulsos e da auto-estima (KAPLAN *et al.* 1997).

[8] Medo irracional que provoca esquiva ou antecipação da entidade fóbica, gerando grave sofrimento ao indivíduo afetado. Os objetos e situações temidas são animais, tempestades, alturas, doença, ferimentos e morte (KAPLAM, 1997).

Tabela 20: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo a temperatura para quatro tipos de bebidas: café, chá, café-com-leite e água.

TEMPERATURA DA BEBIDA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
CAFÉ			CAFÉ		
Gelado	*	*	Gelado	*	*
Frio	1	2,4	Frio	*	*
Morno	13	31,0	Morno	12	36,4
Quente	21	50,0	Quente	16	48,5
Pelando	7	16,7	Pelando	5	15,2

TEMPERATURA DA BEBIDA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
CHÁ			CHÁ		
Frio	2	18,2	Frio	*	*
Morno	5	45,5	Morno	1	33,3
Quente	3	27,3	Quente	1	33,3
Pelando	1	9,1	Pelando	1	33,3
CAFÉ-COM-LEITE			CAFÉ-COM-LEITE		
Frio	*	*	Frio	3	11,1
Morno	10	33,3	Morno	11	40,7
Quente	14	46,7	Quente	7	25,9
Pelando	5	16,7	Pelando	4	14,8
ÁGUA			ÁGUA		
Gelado	7	19,4	Gelado	14	40,0
Frio	27	75,0	Frio	21	60,0
Morno	2	5,6	Morno	*	*
Quente	*	*	Quente	*	*
Pelando	*	*	Pelando	*	*

Analisando-se os dados da tabela 20, observa-se que a distribuição de freqüência entre os dois grupos é bastante distinta, porém, houve uma maior concentração de pacientes nas categorias 'quente' e 'pelando', para as bebidas café, chá, e café-com-leite, no grupo GE, em comparação com o grupo GC, assim como houve uma maior concentração de pacientes na categoria 'gelado', no grupo GC, em relação ao grupo GE. Observamos, também, que o número de pacientes do grupo GE é ligeiramente maior na categoria 'frio', quando comparado ao grupo GC. Houve uma preferência entre os pacientes do grupo GE por temperaturas mais altas do que no grupo GC.

Estes achados contribuem para o aprofundamento de outros estudos, como o de CASTELLSAGUE *et al.* (2000) e ROLON *et al.* (1995) que comparando o gradiente 'morno', 'quente' e 'muito quente', observaram um aumento de risco de incidência da doença. OREGGIA *et al.* (1991) relatam que o consumo de bebidas quentes contribui para o aumento de risco de câncer de língua e, CASTELLSAGUE *et al.* (2000), ao avaliarem a influência de bebidas muito quentes, como chá, café e café com leite, concluíram que o fator temperatura, isto é, a ingestão de bebidas muito quentes, estava significativamente associado com o aumento de risco de câncer de esôfago em homens e mulheres.

Sabemos que em regiões como o Sul do Brasil (Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), estes hábitos culturais são mais freqüentes e, portanto, os indivíduos estariam mais susceptíveis a estas ocorrências cancerígenas. Seria o caso de se intensificarem campanhas preventivas e educativas da população em relação a estes fatores de risco.

CONSUMO DE ALIMENTOS

Foi considerado o hábito de consumo para carne vermelha bovina, aves, peixes, verduras, frutas, legumes e cereais. As quantidades diárias consumidas habitualmente foram divididas num gradiente de 'não come', 'moderado' (uma a duas vezes por semana e uma vez por mês) e 'intenso' (três vezes ou mais por semana).

Tabela 21: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o número de vezes que comem carne por dia.

CARNE – NÚMERO DE VEZES POR DIA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
QUANTIDADE	**FREQ.**	**%**	**QUANTIDADE**	**FREQ**	**%**
Uma	14	31,1	Uma	15	33,3
Duas	31	68,9	Duas	29	64,4
Três	*	*	Três	1	2,2

Na análise dos dados da tabela 21, concluiu-se que dos 45 pacientes do GE, 31,1%, constituídos de 14 pacientes, comem carne 'uma vez ao dia'; 68,9%, constituídos de 31 pacientes, comem carne 'duas vezes ao dia' e não houve freqüência na categoria 'três vezes ao dia' no GE.

Verificando-se os dados dos 45 pacientes do GC, percebe-se que 33,3%, constituídos de 15 enfermos, comem carne 'uma vez ao dia'; 64,4%, constituídos de 29 pacientes, comem carne 'duas vezes ao dia', e, um paciente, come carne 'três vezes ao dia'.

Correlacionando-se os dados desta tabela, observa-se que o número de pacientes que comem carne 'uma vez ao dia' é semelhante entre o GE, num total de 14 pacientes, e, para o GC, num total de 15. Encontrou-se semelhante distribuição para o GE na categoria 'duas vezes ao dia', totalizando 43 pacientes, em comparação com o GC, totalizando 29. Os riscos relativos calculados não apresentaram significância estatística entre os grupos.

Tabela 22: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo consumo de carne.

CARNE					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO – GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Não come	*	*	Não come	*	*
Moderado	2	4,4	Moderado	3	6,7
Intenso	43	95,6	Intenso	42	93,3

Com base nos dados da tabela 22, é possível notar que não houve freqüência na categoria 'não comem' em ambos os grupos (GE e GC). Dos 45 pacientes do grupo GE, 4,4%, constituídos de dois pacientes, fazem consumo 'moderado' de carne e, 95,6%, constituídos de 43 pacientes, consumo 'intenso' de carne. Observou-se, também, que dos 45 pacientes do grupo GC, 6,7%, constituídos de três pacientes, fazem consumo 'moderado' de carne; 93,3%, constituídos de 42 pacientes, consumo 'intenso' de carne.

Portanto, o número de pacientes com consumo 'intenso', é semelhante entre os grupos de estudo e grupo comparativo, oscilando de 43 para o GE e 42 para o GC, assim como para consumo 'moderado' que apresentou um total de dois pacientes para GE e três pacientes para o GC. Os riscos relativos calculados não apresentaram significância estatística (5%).

Os dados do presente trabalho coincidem com os achados de outros estudos, como o de BEJELKE (1970), realizado na Noruega, e o de GRAHAM (1983), que não encontraram associação entre câncer de intestino grosso e ingestão de carnes. BINGHAM (1983) realizando a análise da correlação entre o consumo de gorduras, de proteínas e de alimentos com fibra, com a taxa de mortalidade, em diferentes regiões da Grã-Bretanha, também não evidenciou significância estatística.

Entretanto, foi encontrado em estudos do tipo caso-comparação a associação positiva entre o consumo de carnes, principalmente, bovina, que constitui um dos principais alimentos ricos em gordura animal (saturada) e câncer de intestino grosso

(SOBOLL, 1985). Segundo DRASAR & IRWING (1973); KINLEN (1982), várias comparações internacionais mostram correlação entre consumo de gordura e de proteína e taxas de incidência de câncer.

Novos estudos encontraram associação entre dietas ricas em gorduras, carnes vermelhas, especialmente carne de boi, e o aumento do risco de câncer de esôfago (ROLON *et al.* 1995) e em cânceres: oral. de laringe e de esôfago (KJAERHEIM & GAARD, ANDERSEN, 1998). Perante os diferentes resultados assinalados nos vários estudos, a ação das gorduras e das proteínas e carnes encontra-se, ainda, inconclusiva.

Tabela 23: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o número de vezes que comem peixe por dia.

PEIXE – NÚMERO DE VEZES POR DIA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO – GC		
QUANTIDADE	FREQ.	%	QUANTIDADE	FREQ	%
Uma	17	63,0	Uma	8	36,4
Duas	10	37,0	Duas	14	63,3

Na análise dos dados da tabela 23, nota-se que dos 45 pacientes do GE, 63,0%, constituídos de dez pacientes, comem peixe 'uma vez' ao dia; 37,0%, constituídos de dez pacientes, comem peixe 'duas vezes' ao dia.Verificando-se os dados dos 45 pacientes do GC, tens-se que 36,4%, constituídos de oito pacientes, comem peixe 'uma vez' ao dia; 63,3%, constituídos de 14 pacientes, comem peixe 'duas vezes' ao dia.

O número de pacientes que comem peixe 'uma vez' ao dia é significativamente maior no GE, num total de 17 pacientes, em comparação com o GC, num total de oito pacientes. Relação proporcionalmente inversa foi encontrada na categoria 'duas vezes' para o GC, totalizando 14 pacientes, comparativamente ao GE, totalizando dez pacientes. Os dados demonstram que os pacientes do GC consomem peixes em número maior de vezes ao dia.

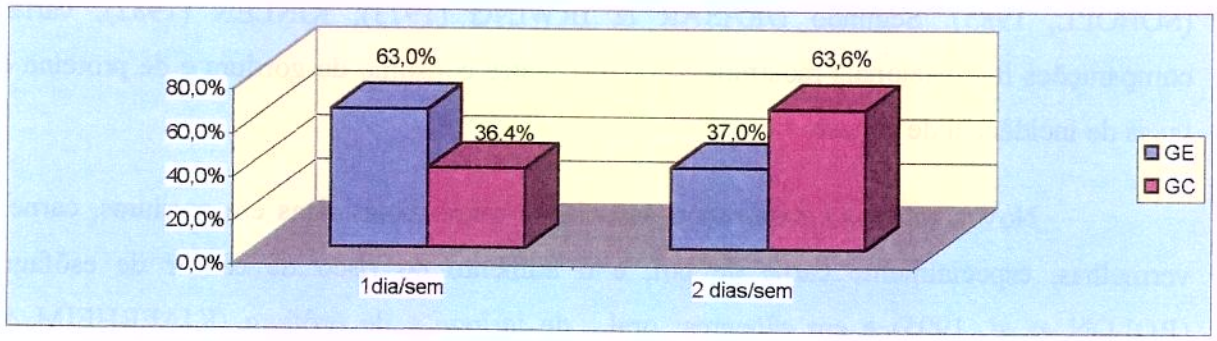

Gráfico 8: Comparação do consumo de peixe. Apresenta a comparação do consumo de peixe segundo o número de vezes que comem peixe por dia entre os grupo GE e GC, em termos de porcentagem.

Dados epidemiológicos sugerem que a etiologia do câncer de laringe seja influenciada pela dieta alimentar. Existem evidências consistentes que o consumo de peixes está associado à redução dos riscos patogênicos destes cânceres (KOUFMAN & BURKE, 1997). Resultados semelhantes foram encontrados por FRANCESCHI *et al.* (1999), que relatam que os usos freqüentes de peixes e óleos vegetais são as principais características de uma dieta de pouco risco para o câncer na cavidade oral e na faringe.

Tabela 24: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo consumo de peixe.

PEIXE					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não come	17	37,8	Não come	22	48,9
Moderado	24	53,3	Moderado	22	48,9
Intenso	4	8,9	Intenso	1	2,2

Os dados da tabela 24 mostram que dos 45 pacientes do GE, 37,8%, constituídos de 17 pacientes, 'não comem' peixe; 53,3%, constituídos de 24 pacientes, fazem consumo 'moderado' de peixe, e 8,9% fazem consumo 'intenso' de peixe.

Observando-se os 45 pacientes do GC, 48,9%, constituídos de 22 pacientes, 'não comem' peixe; 48,9%, constituídos de 22 pacientes, consumo 'moderado' de peixe e 2,2%, constituídos de um paciente, consumo 'intenso' de peixe.

Correlacionando-se os dados desta tabelas, verifica-se que o número de pacientes que não comem peixe é ligeiramente menor no GE, totalizando 17 pacientes, em comparação ao GC, com 22 pacientes. Observou-se relação inversa, com maior consumo na categoria 'moderado' no GE, num total de 24 pacientes, comparado ao GC, assim como, no consumo 'intenso', é maior no GE, totalizando quatro pacientes em relação ao GC, num total de um paciente.

Tabela 25: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo consumo de vegetais.

VEGETAIS					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO – GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Não come	4	8,9	Não come	5	11,1
Moderado	8	17,8	Moderado	4	8,9
Intenso	33	73,3	Intenso	36	80,0

Da análise dos dados da tabela 25, comprova-se que dos 45 pacientes do GE, 8,9%, constituídos de quatro pacientes, 'não comem' vegetais; 17,8%, constituídos de oito pacientes, consumo 'moderado' de vegetais, e 73,3%, constituídos de 33 pacientes, consumo 'intenso' de vegetais.

Dos 45 pacientes do GC, 11,1%, constituídos de cinco pacientes, 'não consomem' vegetais; 8,9%, constituídos de quatro, têm consumo 'moderado' de vegetais, e 80,0%, constituídos de 36 pacientes, consumo 'intenso' de vegetais.

Correlacionando-se os dados desta tabela, verifica-se que o número de pacientes que 'não comem' vegetais é muito próximo no GE, totalizando quatro pacientes em comparação ao GC, com cinco pacientes. Observou-se relação inversa de consumo

entre os grupos, com maior o consumo na categoria 'moderado' no GE, num total de oito pacientes, comparado ao GC com quatro pacientes. Na categoria de consumo 'intenso', o número de pacientes é ligeiramente maior no GC, totalizando 36 pacientes em relação ao GE, num total de 33 pacientes.

OREGGIA *et al.* (1991) comentam que o consumo pouco freqüente de vegetais contribui para o risco de câncer de língua. KINLEN (1982), ao indagar sobre qual ou quais componentes dos vegetais poderiam exercer efeito protetor contra o câncer, assinala que seria o beta-caroteno, a mais importante pró-vitamina A, para o homem, e que está presente em uma grande quantidade de vegetais, principalmente na cenoura, seria vital nesta prevenção.

Tabela 26: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo consumo de frutas.

FRUTAS					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Não come	16	35.6	Não come	22	48,9
Moderado	9	20,0	Moderado	7	15,6
Intenso	20	44,4	Intenso	16	35,6

Verificando-se os dados da tabela 26 dos 45 pacientes do GE, 35,6%, constituídos de 16 pacientes, 'não consomem' frutas; 20,0%, constituídos de nove pacientes, fazem consumo 'moderado' de frutas, e 44,4%, constituídos de 20 pacientes, consumo 'intenso' de frutas.

Observando-se os 45 pacientes do GC, 48,9%, constituídos de 22 pacientes, 'não consomem' frutas; 15,5%, constituídos de sete pacientes, possuem consumo 'moderado' de frutas e, 35,5%, constituídos de 16 pacientes, consumo 'intenso' de frutas.

Correlacionando-se os dados desta tabela, verifica-se que o número de pacientes que 'não comem' frutas é ligeiramente menor no GE, totalizando 16 pacientes, em comparação ao GC, com 22 pacientes. Observa-se o consumo muito próximo na categoria 'moderado' no GE, num total de nove pacientes, comparado ao GC, com sete pacientes; assim como o consumo 'intenso', é maior no GE, totalizando 20 pacientes, em relação ao GC, num total de 16 pacientes.

TERRY *et al.* (2001) realizaram um estudo de caso-comparação, de âmbito nacional. na Suécia, detectaram que, aproximadamente, 20% de câncer de esôfago, foram atribuídos ao consumo de menos de três tipos de frutas e legumes, por dia. Um número significativo de indivíduos (mais de 25.000) necessitariam aumentar o consumo de frutas, para prevenir um câncer de esôfago. DESTEFANI *et al.* (1990) e OGIMOTO *et al.* (2000), também recomendam o consumo de frutas, como um fator de proteção para os cânceres da área digestiva.

Tabela 27: Distribuição de freqüência e porcentual dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo o número de vezes que comem cereais por dia.

CEREAIS – NÚMERO DE VEZES POR DIA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO – GC**		
QUANTIDADE	**FREQ.**	**%**	**QUANTIDADE**	**FREQ**	**%**
Uma	2	4,4	Uma	11	25,0
Duas	43	95,6	Duas	33	75,0

A tabela 27 indica que dos 45 pacientes do GE, 4,4%, constituídos de dois pacientes, comem cereais 'uma vez' ao dia; 95,6%, constituídos de 43 pacientes, comem cereais 'duas vezes' ao dia.

Verificando-se os dados dos 45 pacientes do GC, 25,0%, constituídos de 11 pacientes, comem cereais 'uma vez' ao dia; 75,0%, constituídos de 33 pacientes, comem cereais 'duas vezes' ao dia.

Fica claro que o número de pacientes que comem cereais, 'uma vez' ao dia é significativamente maior no GC, totalizando 11 pacientes; enquanto que no GE é expressivamente menor, num total de dois pacientes. Pode-se dizer que a concentração de pacientes que comem cereais, 'duas vezes' ao dia é expressivamente maior no GE, no total de 43 pacientes quando comparado com o GC, que totaliza 33 pacientes. Houve uma maior concentração de pacientes na categoria come cereal, 'duas vezes' ao dia no GE, enquanto que no GC, a porcentagem maior ficou para a categoria come cereal, 'uma vez' ao dia, com diferença estatística de p=0,0065.

RIVERA *et al.* (1985) estudando os hábitos alimentares na Paraíba, observaram o consumo freqüente de arroz, feijão, farinha de mandioca, açúcar e pão. Esta dieta é reflexa do tipo de agricultura de exportação e da situação socioeconômica colonial imposta pelos portugueses que, ao longo da história, a força de se repetirem, se fixaram como parte do patrimônio cultural. Outro estudo, realizado por NAJAS *et al.* (1994) sobre o padrão alimentar na zona urbana da Região Sudeste do Brasil, indica que mais de 90% dos indivíduos ingerem feculantes como: arroz, pão e macarrão, porém só o arroz e o pão são ingeridos diariamente.

HIGGINSON & MUIR (1977) diz que o tipo de alimentação pode modificar a incidência desses cânceres de duas maneiras: pelo aumento do número de carcinógenos diretos e por uma influência indireta da dieta alimentar, como um papel de co-fator ou promotor sobre as possibilidades de ação dos carcinógenos.Em decorrência da exposição múltipla à poluição do ar, da água e do contexto do trabalho, bem como em conseqüência da opção individual da dieta alimentar, o meio ambiente tem sido responsabilizado por 80% da incidência de câncer.

SANCHEZ *et al.* (1989) atentos para as implicações do processo de urbanização sobre a nutrição e a saúde, relatam que a migração de áreas rurais para áreas urbanas, propicia o desenvolvimento de doenças crônico degenerativas, em decorrência do consumo de alimentos como o sal, o açúcar e gorduras.

HAENSZEL & CORREA (1979), estudando o câncer de cólon e de reto em populações migrantes, indicam que grupos que migram de áreas com baixa incidência para áreas com alta incidência passam a ter maiores riscos de câncer já na primeira geração de migrantes.

TAGLE (1988), explica a mudança nos padrões de consumo alimentar, dizendo que na América Latina e no Caribe, se deve à modernização, que tem seguido o padrão norte-americano, impróprio tanto do ponto de vista nutricional quanto econômico. A dieta norte americana é rica em gordura saturada, sal, açúcar refinado e pobre em fibras, com alto consumo de proteína animal e produtos industrializados. Segundo o autor, o modelo adotado não guarda correspondência com o padrão tradicional de alimentos e com os recursos naturais dos países latino-americanos. Esta concepção articula-se à compreensão de vários outros autores no Brasil, como (FREDERICO *et al.* 1984; MONDINI & MONTEIRO, 1994, TAVARES & ANJOS, 1999, DIEZ & WANDA, 1999).

Conclui-se, segundo ALVEZ *et al.* (1981), que o crescimento econômico acelerado no Brasil, mostrou um sensível agravamento nas condições de vida da população. As classes mais pobres têm uma renda incapaz de proporcionar uma dieta adequada às suas necessidades básicas, tendo como conseqüências o elevado custo social, altas taxas de mortalidade infantil e repetência escolar e, quem sabe, o comprometimento do pleno desenvolvimento mental.

5.3. WHOQOL-100 – ANÁLISE DAS ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA

Na revisão bibliográfica realizada, não foram encontradas pesquisas utilizando o WHOQOL-100, especificamente para cânceres na região da cabeça e pescoço. Justifica-se o presente estudo, na medida em que os resultados possibilitam a avaliação de qualidade de vida destes pacientes e a obtenção de informações visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos desta enfermidade.

Investigando a aplicabilidade do instrumento, TAZAKI *et al.* (1998) relatam que este era sensível o bastante, e, também, adequado para a avaliação da qualidade de vida em pessoas com duas patologias diferentes, o câncer e a demência moderada. No Brasil, STRUTTMANN *et al.* (1998) e FLECK *et al.* (2000), em acordo com os autores anteriormente citados, demonstram que o instrumento WHOQOL-100 mostra consistência e praticidade, sendo de extrema utilidade na avaliação da qualidade de vida da população brasileira.

A graduação utilizada baseou-se em pesquisa realizada por OLIVEIRA, (1999), da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Foram estabelecidas diferentes graduações, tendo como base às âncoras 'nada' (0%) e 'extremamente' (100%), como extremos, e as demais graduações, 'muito pouca' (25%), 'médio' (50%) e 'muito' (75%) entre estes dois pontos de âncora. Os valores finais foram transformados em escala de 0 (baixa QV) a 100 (alta QV).

Tabela 28: Distribuição comparativa da Qualidade de Vida dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, por seção e valores totais.

GRUPO DE ESTUDO – GE						GRUPO COMPARATIVO – GC					
SEÇÃO FELICIDADE OU SATISFAÇÃO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	56,04	11,38	76,92	54,49	35,26	45	60,31	12,21	79,49	62,18	35,26
SEÇÃO CAPACIDADE DE FAZER COISAS											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	49,66	13,95	84,62	50,00	17,31	45	53,46	10,89	71,15	53,85	21,15
SEÇÃO SATISFAÇÃO COM VÁRIOS ASPECTOS DA VIDA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	63,43	10,78	87,12	65,15	34,09	45	62,64	10,98	92,42	64,39	34,09
GRUPO DE ESTUDO – GE						**GRUPO COMPARATIVO – GC**					
SEÇÃO COM QUE FREQÜÊNCIA EXPERIMENTOU SENTIMENTOS POSITIVOS – NEGATIVOS											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	49,81	22,37	91,67	58,33	0,00	45	52,22	17,08	83,33	58,33	8,33
SEÇÃO TRABALHO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	62,36	21,26	93,75	62,50	12,50	45	67,78	18,12	100,00	75,00	12,50
SEÇÃO CAPACIDADE DE LOCOMOÇÃO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	72,36	30,31	100,00	87,50	0,00	45	80,00	20,75	100,00	87,50	25,00
SEÇÃO CRENÇAS PESSOAIS											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	65,14	18,77	100,00	68,75	0,00	45	72,64	13,01	100,00	75,00	25,00
QUALIDADE DE VIDA: ESCORE TOTAL											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	58,73	9,97	79,75	58,25	37,0	45	61,53	10,14	80,25	63,25	35,50

Analisando-se os dados da tabela 28, verifica-se que na seção 'felicidade' ou 'satisfação' o resultado da mediana 54,49%, no GE, é ligeiramente menor quando comparado ao resultado da mediana 62,18%, no GC. Relações idênticas foram encontradas nas seções 'capacidade de fazer coisas', com o resultado da mediana 50,00% no GE, em relação ao resultado da mediana 53,85% no GC; na seção 'trabalho', com resultado da mediana 62,50% para o GE, comparada ao resultado da mediana 75,00% no GC; e na seção 'crenças pessoais' os resultados da mediana 68,75% no GE, em relação ao resultado da mediana 75,00% para o GC.

Notou-se, também, que na seção 'satisfação com vários aspectos da vida' o resultado da mediana 65,15% no GE se mostra maior, comparando o resultado da mediana 64,39% no GC. Observa-se que para os valores totais em qualidade de vida, o resultado da mediana 63,25% é moderadamente maior no GC, em relação aos resultados da mediana 58,25% encontrados no GE. Os valores de todas as seções, quando comparados com a escala de 0 (baixa QV) a 100 (alta QV), apresentam-se moderadamente maiores para o GC, comparativamente ao GE, evidenciando, também, um padrão médio de qualidade de vida para ambos os grupos.

Fica demonstrado que apenas para seção 'crenças pessoais' o grupo GE tem menor pontuação que o grupo GC, e também, uma leve tendência ($0,05<p<,0,10$) de menor pontuação para os casos na seção 'felicidade' ou 'satisfação'.

NORUM *et al.* (2000) enfatizam que espiritualidade é um tópico importante quando se aborda os cuidados de pacientes com câncer. Em sua pesquisa, dos pacientes entrevistados, 90% tinham interesse em conversar sobre o tema. MYTKO & KNIGHT, (1999), relatam que para pacientes com câncer, a religião, a espiritualidade e a qualidade de vida são preocupações supremas. Os autores concluem que a inclusão regular de religiosidade e espiritualidade, é necessária para se compreender a integração entre mente, corpo e espírito, levando a uma melhorara na qualidade de vida, em pacientes com câncer.

Esta questão é freqüentemente assinalada e tem sido alvo de vários estudos. HERMANN (2001) identificou seis temas como significativos, entre seus pacientes: sentir a presença da fé, ter companhia e envolvimento com outras pessoas, autocontrole, necessidade de completar o ciclo de vida no âmbito profissional: vivenciar a natureza e necessidade de se ter uma perspectiva positiva da vida.

TAYLOR *et al.* (1999) informaram que muitos dos pacientes revelaram sentir-se hesitantes em pedir coisas particulares, ou mesmo, uma cura para eles. As perguntas mais freqüentes enfocavam a natureza de Deus e o significado de ter câncer, relatando que se sentiram incrédulos, pois não haviam encontrado respostas em suas orações. Alguns descreveram um conflito interno sobre colocar o controle de suas vidas em Deus, e outros se referiram a estarem 'barganhando' com Deus. Por último, vários deles duvidavam da própria espiritualidade, se estavam rezando corretamente, ou se a oração era realmente eficaz, uma vez que também não encontraram esperanças e alento nas orações.

Como observado no relato de (A. M. B.):

> *"Não estou feliz com a igreja. Eu esperava outra coisa. Tô meia fraca na fé. Eu esperava um milagre. Eu falei pra Deus, tô indo pra sua casa, eu quero uma resposta, eu quero minha saúde de volta mas, não veio... aí desmoronou tudo".*

Tabela 29: Distribuição comparativa da Qualidade de Vida dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, por item segundo necessidade de medicação para levar a vida no dia-a-dia.

MEDIACAÇÃO NO DIA-A-DIA					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO - GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Nada	12	26,7	Nada	22	48,9
Muito pouco	12	26,7	Muito pouco	15	33,3
Mais ou Menos	9	20,0	Mais ou Menos	6	13,3
Bastante	11	24,4	Bastante	2	4,4
Extremamente	1	2,2	Extremamente	0	0,0

Examinando-se os dados da tabela 29, observa-se que dos 45 pacientes do GE, 26,7%, constituídos de 12 pacientes, 'não necessitam' de medicação no dia-a-dia; 26,7%, constituídos de 12 pacientes, necessitam 'muito pouco' de medicação no dia-a-dia; 20,0%, constituídos de nove pacientes, necessitavam 'mais ou menos' de medicação no dia-a-dia; 24,4% constituídos de 11 pacientes necessitam 'bastante' de medicação no dia-a-dia e 2,2%, constituídos de um paciente necessitam 'extremamente' de medicação no dia-a-dia.

Avaliando-se os 45 pacientes do grupo GC nota-se que 48,9%, constituídos de 22 pacientes, 'não necessitam' de medicação no dia-a-dia; 33,3%, constituídos de 15 pacientes, necessitam 'muito pouco' de medicação no dia-a-dia; 13,3%, constituídos de seis pacientes, necessitam 'mais ou menos' de medicação no dia-a-dia; 4,4%, constituídos de dois pacientes, necessitam 'bastante' de medicação no dia-a-dia e não foi encontrado nenhum paciente que necessitasse 'extremamente' de medicação no dia-a-dia.

Logo, o número de pacientes que 'não necessitam' de medicação no dia-a-dia é significativamente maior no GC, totalizando 22 pacientes; enquanto que no GE é expressivamente menor, num total de 12 pacientes. Houve, também, uma maior concentração de pacientes, que necessitam 'muito pouco' de medicação no dia-a-dia no GC, no total de 15 pacientes, quando comparados com o GE, totalizando 12. Nota-se, também, que o número de pacientes que necessitam 'mais ou menos' de medicação no dia-a-dia é moderadamente maior no GE, num total de nove pacientes, em relação ao GC, num total de seis pacientes. Entretanto, o número de pacientes que necessitam 'bastante' de medicação do GE, num total de 11 pacientes, é expressivamente maior comparativamente ao GC, num total de dois pacientes. Observa-se que na categoria 'extremamente', o número de pacientes do GE é maior com um paciente, enquanto no GC nenhum pacientes foi encontrado. Estatisticamente ficou evidenciada diferença de p=0,0022.

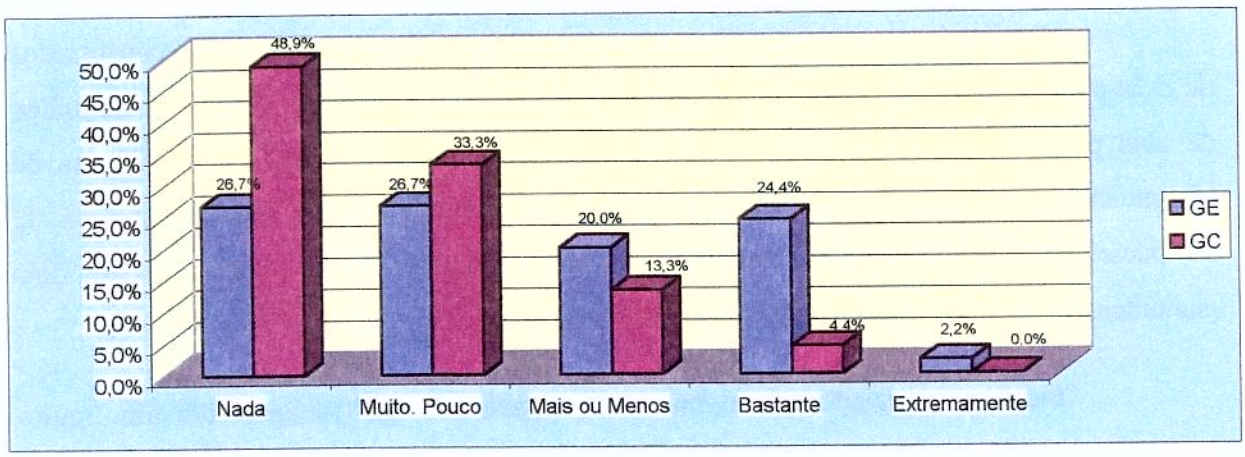

Gráfico 9: Comparação necessidade de medicação. Apresenta a comparação, segundo a necessidade de medicação para levar a vida no dia-a-dia entre os grupo GE e GC, em termos de porcentagem.

Tabela 30: Distribuição comparativa da Qualidade de Vida dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, por item segundo satisfação com a saúde.

SATISFAÇÃO COM A SAÚDE					
GRUPO DE ESTUDO – GE			GRUPO COMPARATIVO - GC		
VARIÁVEL	FREQ.	%	VARIÁVEL	FREQ	%
Muito Insatisfeito	8	17,8	Muito Insatisfeito	2	4,4
Insatisfeito	9	20,0	Insatisfeito	6	13,3
Nem satisfeito/Insatisfeito	15	33,3	Nem satisfeito/Insatisfeito	13	28,9
Satisfeito	12	26,7	Satisfeito	22	48,9
Muito satisfeito	1	2,2	Muito satisfeito	2	4,4

O exame dos dados da tabela 30 aponta que dos 45 pacientes do GE, 17,8%, constituídos de oito pacientes, apresentavam-se 'muito insatisfeitos' com a saúde; 20,0%, constituídos de nove pacientes, apresentavam-se 'insatisfeitos' com a saúde; 33,3%, constituídos de 15 pacientes, apresentavam-se 'nem satisfeito ou insatisfeitos'; 26,7% constituídos de 12 pacientes, apresentavam-se 'satisfeitos' com a saúde e, 2,2%, constituídos de um paciente, apresentava-se 'muito satisfeito' com a saúde.

Avaliando-se os 45 pacientes do grupo GC verificou-se que 4,4%, constituídos de dois pacientes, apresentavam-se 'muito insatisfeitos' com a saúde; 13,3%, constituídos de seis pacientes, apresentavam-se 'insatisfeitos' com a saúde; 28,9%, constituídos de 13 pacientes, apresentavam-se 'nem satisfeito ou insatisfeitos'; 48,9% constituídos de 22 pacientes, apresentavam-se 'satisfeitos' com a saúde e, 4,4% constituídos de dois pacientes, apresentavam-se 'muito satisfeitos' com a saúde.

Ficou evidenciado que o número de pacientes que se apresentavam 'muito insatisfeitos' com a saúde é significativamente maior no GE, totalizando oito; enquanto que no GC é consideravelmente menor, num total de dois pacientes. Verificou-se, também, um número maior de pacientes que se apresentavam 'insatisfeitos' com a saúde; no GE, totalizando nove pacientes, comparativamente com o GC, totalizando seis. Houve, também, maior número de pacientes que se apresentavam nem 'satisfeitos/insatisfeitos' no GE, num

total de 15 pacientes, em relação ao GC, num total de 13 pacientes. Contudo, o número de pacientes que se encontravam 'satisfeitos' é significativamente menor no grupo GE, totalizando 12 pacientes, em comparação ao GC, totalizando 22 pacientes. Observa-se que o número de pacientes que se encontravam 'muito satisfeitos' é também menor no GE, num total de um paciente em relação ao GC, num total de dois pacientes, com diferença estatística de p=0,0080.

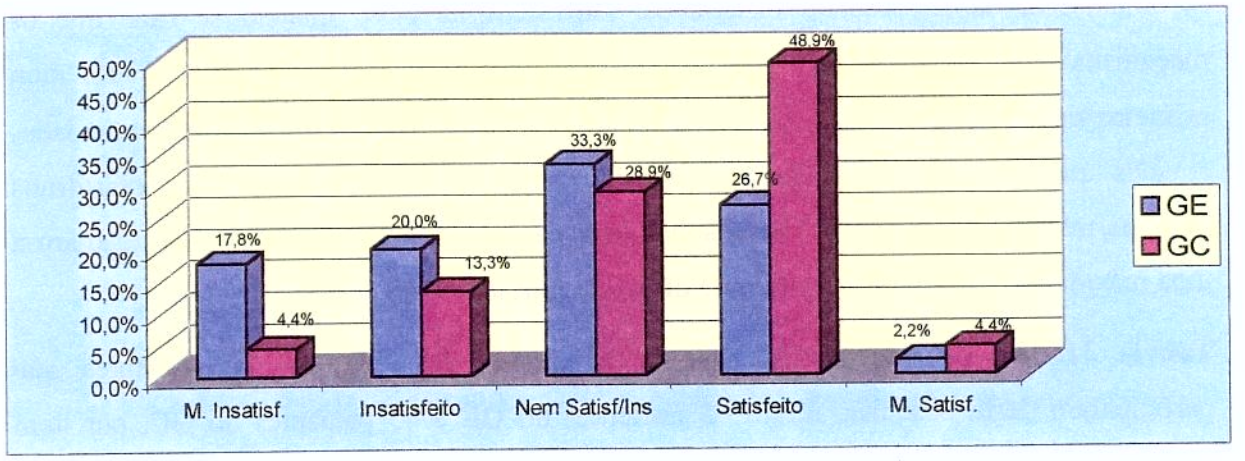

Gráfico 10: Comparação de satisfação com a saúde. Apresenta a comparação segundo a satisfação com a saúde entre os grupo GE e GC, em termos de porcentagem.

Os cânceres na região da cabeça e pescoço provocam mutilações graves. São freqüentes manifestações clínicas da doença como disfonia, dispnéia, disfagia, perda de peso, otalgia reflexa, trismo. Geralmente, os pacientes experimentam significante estresse emocional, revolta familiar e ruptura psicossocial (SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY, 1996). Como enfatiza GREER (1979), as pessoas diante do câncer reagem com descrença e entorpecimento e, em seguida, com ansiedade, raiva e depressão. Sentimentos de abandono, de perda de controle sobre a própria vida e de culpa por ter sido irrevogavelmente danificado, são seqüelas psicológicas passíveis de ocorrer.

Para LESSA (1987), o paciente portador de uma doença crônica, como o câncer, necessitará, inevitavelmente, adaptar-se à nova realidade de vida e a sua convivência com a doença consistirá em um processo longo e constante. CABRAL (1985), observa que a insegurança é uma constância na vida destes enfermos e atinge-os,

fazendo-os entrar em contato incessante com os medos e angústias sobre o futuro incerto e a dependência em relação a outras pessoas. A perspectiva temerosa do futuro é sempre acompanhada por um receio, de que os sintomas voltem a qualquer momento, trazendo novamente o sofrimento.

EIZIRIK & FERREIRA (1991) relataram que os pacientes que melhor se adaptaram diante do câncer foram aqueles que apresentavam traços de personalidade hipomaníacos, depressivos ou obsessivos. Isto se torna claro quando se sabe que os mecanismos de defesa de negação, racionalização e intelectualização funcionam, num primeiro momento, como um amortecedor para o choque diante a doença. Por outro lado, aqueles que apresentaram história de surto psicótico, como esquizofrenia, transtornos afetivos maiores e transtornos de personalidade paranóide, anti-social e fóbico, tendiam a uma má adaptação, uma vez consciente de serem portadores de câncer.

Tabela 31: Distribuição comparativa da Qualidade de Vida dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, por item segundo ao sentimento de ver a vida com sentido e significado.

VIDA COM SENTIDO E SIGNIFICADO					
GRUPO DE ESTUDO – GE			**GRUPO COMPARATIVO - GC**		
VARIÁVEL	**FREQ.**	**%**	**VARIÁVEL**	**FREQ**	**%**
Nada	1	2,2	Nada	O	0,0
Muito pouco	0	0,0	Muito pouco	1	2,2
Mais ou Menos	19	42,2	Mais ou Menos	6	13,3
Bastante	22	48,9	Bastante	30	66,7
Extremamente	3	6,7	Extremamente	8	17,8

Examinando-se os dados da tabela 31, observa-se que dos 45 pacientes do GE, 2,2%, constituídos de um paciente, declarou sentir que 'a vida não possui significado ('nada'); na categoria 'muito pouco' não houve classificação; 42,2%, constituídos de 19 pacientes, declararam sentir que a vida possui 'mais ou menos' significado; 48,9% constituídos de 22 pacientes declararam sentir que a vida possui 'bastante' significado e 6,7%, constituídos de três pacientes, declararam sentir que vida possui significado 'extremo'.

Avaliando-se os 45 pacientes do grupo GC, nota-se que não houve classificação na categoria 'nada', 2,2%, constituídos de um paciente, declarou sentir que a vida possui 'muito pouco' significado; 13,3%, constituídos de seis pacientes, declararam sentir que a vida possui 'mais ou menos' significado; 66,7% constituídos de 30 pacientes, declararam sentir que a vida possui 'bastante' significado e 17,8%, constituídos de oito pacientes, declararam sentir que vida possui significado 'extremo'.

Logo, o número de pacientes que declararam sentir que a vida possui 'bastante' significado é expressivamente maior no GC, totalizando 30 pacientes, enquanto que no GE, é sensivelmente menor, num total de 22 pacientes. Houve uma maior concentração de pacientes que declararam sentir que a vida possui 'mais ou menos' significado no GE, no total de 19 pacientes, quando comparados com o GC, no total de seis pacientes. Notou-se, também, que o número de pacientes que declaram sentir que vida tem 'muito pouco' significado, se mostra pouco relevante estatisticamente, com um total de um paciente no GC. Da mesma forma, um paciente do GE, declarou não ter a vida nenhum ('nada') significado. Estatisticamente ficou evidenciado diferença de p=0,0027.

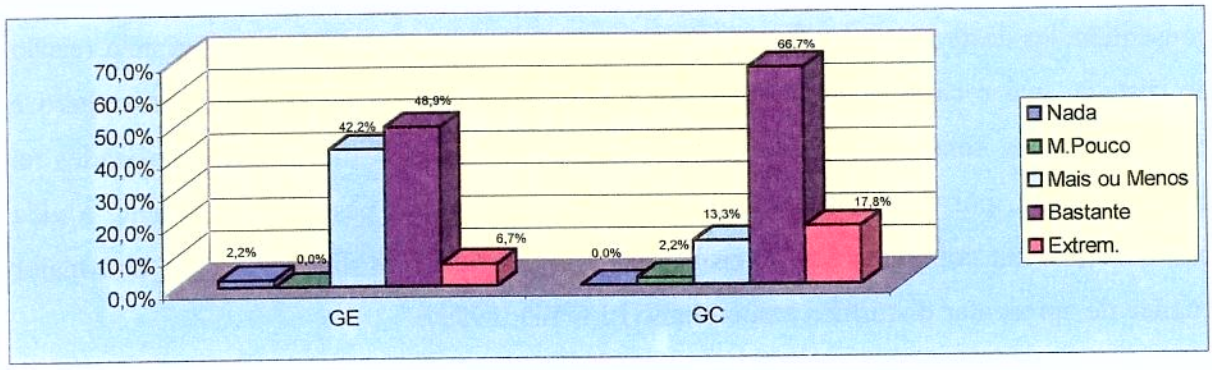

Gráfico 11: Comparação de sentimento de vida e significado. Apresenta a comparação segundo sentimento da vida com sentido e significado entre os indivíduos dos grupos GE e GC, em termos de porcentagem.

Os dados coletados estão em concordância com relatos de SKEVINGTON & CARSE, WILLIAMS (1999) que, aplicando o WHOQOL-100, concluiu que a qualidade de vida é um importante meio de avaliação para tratamento, abrangendo pacientes portadores de doenças crônicas ou transtornos psicológicos. A presença ou a falta de sentimentos positivos determina, de maneira simples, um indicador da qualidade de vida. Os resultados evidenciam que este instrumento mostra ser valioso na definição de um perfil do estado de saúde contemporâneo.

Utilizando o WHOQOL-100, BONICATTO *et al.* (2001), demonstraram resultados que indicavam que pessoas com depressão profunda apresentavam escores mais baixos do que os outros pacientes portadores de patologias crônicas. O impacto da depressão, também, pode ser relacionado a eventos com grande intensidade estressante em suas vidas. Os autores sugerem a inclusão do instrumento, de forma corrente, nas avaliações dos pacientes que demonstrem crises depressivas, bem como durante a evolução da doença e do tratamento, como forma de, eventualmente, serem alteradas as condutas terapêuticas.

SHERMAN & SIMONTON-ATCHLEY (1996) fazem referência às conseqüências desta grave patologia (câncer) em que a idéia da morte precipita uma reação de tristeza, que é caracterizada por sentimentos de intensa vulnerabilidade, desamparo e medo, por um senso de perda do controle por uma reavaliação de prioridades e, essencialmente, por uma crise espiritual. É interessante notar pessoas que durante a vida não conseguiram conviver com os problemas, ou nunca se sentiram satisfeitos, têm maior chance de apresentar distúrbios emocionais (LLOYD, 1979).

Segundo TELIS (1986), através da observação clínica pode ser notado que os enfermos cancerosos, que estão deprimidos ou muito ansiosos, se recuperam menos facilmente da doença do que aqueles que se apresentam emocionalmente mais equilibrados. Por outro lado, indivíduos confiantes, com fé e crença na cura, são relatados como apresentando regressão espontânea ou crescimento estacionário do tumor. Fatores sociais também atuam neste ajustamento, ou seja, pacientes que possuem na família ou nos contatos sociais um bom suporte, tendem a se sentirem melhor. Aqueles que são casados, que têm uma situação sócioeconômica razoável, uma escolha religiosa e que desenvolvem um trabalho agradável, têm maiores chances de se adaptar ao câncer (NOVOTNY, 1984).

Qualidade de vida tem se tornado um tópico cada vez maior, na interface entre pesquisas da Medicina e da Psicologia. Existe um crescente consenso de que qualidade de vida deve ser incorporada nos estudos clínicos, como uma importante variável, na mortalidade e na taxa de sobrevida em cinco anos (AHMEDZAI, 1995; COHEN *et al.* 1996; MOLIN & ARRIGO, 1995).

Nos últimos anos, a inclusão da avaliação da qualidade de vida no tratamento de pacientes oncológicos tem sido enfatizada em razão da valorização do impacto psicossocial do câncer sobre o paciente e seus familiares. Estudos recentes têm se preocupado com a qualidade de atendimento aos pacientes, com os aspectos psicossociais dos indivíduos doentes e com a qualidade de vida que será possível fornecer ao paciente, além da orientação para seus familiares, relativa à evolução da doença no pós-operatório (AHMEDZAI, 1995; COHEN *et al.* 1996; MOLIN & ARRIGO, 1995).

Os estudos sobre a qualidade de vida servem para prevenir uma cisão devastadora do corpo do paciente e de sua história de vida, durante o tratamento cirúrgico e terapêutico. Considerações adicionais na avaliação da qualidade de vida podem incluir desde preocupações existenciais e espirituais, o desempenho sexual e imagem corporal, até a satisfação com o atendimento do sistema de saúde. Esta visão multidisciplinar é, particularmente, benéfica no tratamento oncológico (AHMEDZAI, 1995; COHEN *et al.* 1996; MOLIN & ARRIGO, 1995).

5.4. ESCALA DE EVENTOS ESTRESSANTES (SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE HOLMES & RAHE, 1967).

Tabela 32: Distribuição comparativa dos Eventos Estressantes dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC.

EVENTOS	GRUPO DE ESTUDO GE FREQ	%	GRUPO COMPARATIVO GC FREQ	%
01 Morte do cônjuge	2	4,44	1	2,22
02 Divórcio	1	2,22	0	0,00
03 Separação conjugal	1	2,22	2	4,44
04 Condenação á prisão	6	13,33	0	0,00
05 Morte de parente próximo	18	40,00	16	35,56
06 Aborrecimento grave ou doença mental	6	13,33	7	15,56
EVENTOS	**GRUPO DE ESTUDO GE FREQ**	**%**	**GRUPO COMPARATIVO GC FREQ**	**%**
07 Casamento	1	2,22	0	0,00
08 Dispensa de emprego	3	6,67	7	15,56
09 Reconciliação conjugal	1	2,22	0	0,00
10 Aposentadoria	2	4,44	1	2,22
11 Problema de saúde membro família	18	40,00	14	31,11
12 Gravidez	1	2,22	0	0,00
13 Problemas sexuais	4	8,89	4	8,89
14 Entrada de novo membro na família	0	0,00	0	0,00
15 Mudança de emprego	2	4,44	1	2,22
16 Mudança de nível de renda	12	26,67	14	31,11
17 Morte de amigo íntimo	9	20,00	2	4,44
18 Mudança para tipo diferente trabalho	0	0,00	0	0,00
19 Aumento das discussões cônjuge	4	8,89	2	4,44
20 Hipoteca acima US$ 10000	0	0,00	0	0,00
21 Execução hipoteca ou empréstimo	0	0,00	0	0,00
22 Mudança responsabilidade trabalho	3	6,67	0	0,00
23 Saída de filho do lar	0	0,00	1	2,22
24 Problemas parentes próximo	8	17,78	1	2,22
25 Empreendimento pessoal pendente	4	8,89	0	0,00
26 Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	2	4,44	1	2,22
27 Início ou término dos estudos	0	0,00	0	0,00
28 Mudanças condições de vida	10	22,22	6	13,33
29 Revisão dos hábitos pessoais	3	6,67	0	0,00

30 Problemas com o chefe	0	0,00	0	0,00
31 Mudança de horário/ cond. trabalho	2	4,44	1	2,22
32 Mudança de residência	1	2,22	1	2,22
33 Mudança de escola	0	0,00	1	2,22
34 Mudança atividades de lazer	2	4,44	2	4,44
35 Mudança atividades religiosas	0	0,00	0	0,00
36 Mudança de atividades sociais	1	2,22	0	0,00
37 Mudança hábitos de dormir	1	2,22	1	2,22
38 Mudança freq. reuniões de família	0	0,00	0	0,00
39 Mudanças de hábitos alimentares	2	4,44	0	0,00
40 Férias	0	0,00	0	0,00
41 Natal	0	0,00	0	0,00
42 Pequenas infrações à lei	0	0,00	0	0,00

Da análise dos dados da tabela 32concluiu-se que a distribuição de freqüência entre os dois grupos é bastante distinta, porém, verifica-se diferença significativa entre os grupos GE e GC, apenas para os eventos de 'condenação à prisão', 13,33%, constituídos de seis pacientes para o GE, sendo que não houve freqüência para o GC (p= 0,0262); 'morte de amigo íntimo', 20,00%, constituídos de nove pacientes para o GE, em relação ao GC, com 4,44%, constituídos de dois pacientes (p= 0,0243) e 'problemas com parentes próximos', 17,78%, constituídos de oito pacientes para o GE, em relação ao GC, com 2,22%, constituídos de um paciente (p= 0,0300).

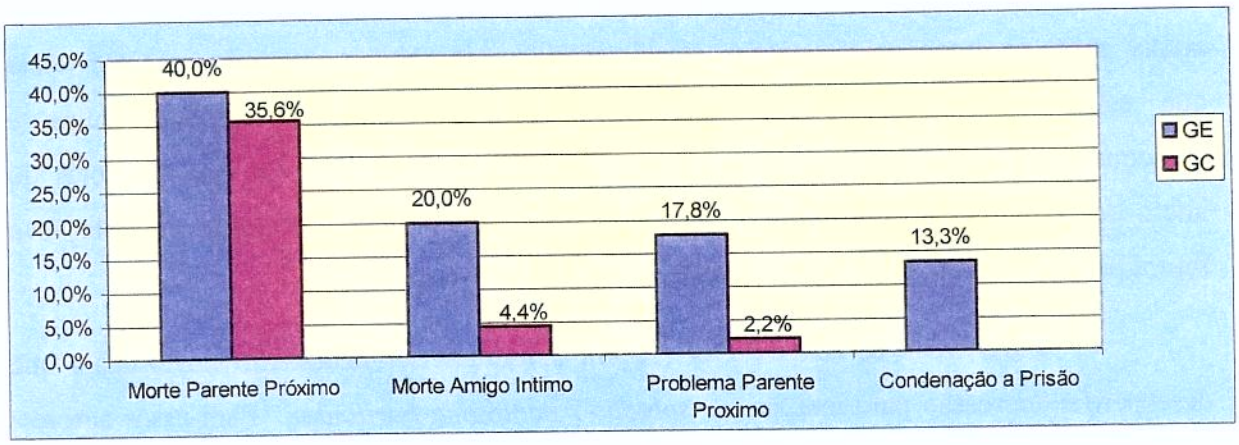

Gráfico 12: Comparação de eventos estressantes segundo perda suporte social e lei. Apresenta a comparação segundo perda de suporte social e lei entre os indivíduos dos grupos GE e GC, em termos de porcentagem.

Estes achados contribuem para o aprofundamento de outros estudos, como o de LESHAN (1959), que nos relata que determinadas situações de vida tendiam a estar presentes antes do surgimento do câncer. Tratava-se, em geral, da perda ou separação de pessoas-chaves para o sujeito, ou das frustrações de objetivos de vida, significativos e o que parecia subjazer a estas situações era um intenso sentimento de desesperança e abandono.

Um outro exemplo diz respeito a PELLER (1940), que em seus estudos foi um dos primeiros a enfatizar a significação das situações de perda, demonstrando uma maior predisposição de viúvos ao câncer. GREENE (1966), por sua vez, ao fazer um estudo de linfomas e leucemias, também observou que a doença ocorria com freqüência após situações de perdas e separações, que provocavam sentimentos de depressão e ansiedade.

Os escritores do passado, por sua vez, como EVANS (1926), já testemunhavam o fato comum de que estes pacientes perderam uma parte de suas relações antes da neoplasia. SCHAMALE & IKER (1966) fizeram um estudo em um grupo de 40 mulheres assintomáticas, porém predispostas ao câncer uterino (classe III de Papanicolau) e tentaram prever quais desenvolveriam ou não a neoplasia. Utilizaram entrevistas e testes de personalidade, capazes de detectar a presença de fortes sentimentos de desesperança ao longo de suas vidas, como reações a perdas recentes. Suas previsões foram corretas em 31 dos 40 casos.

LESHAN (1966) realizou o trabalho considerado o mais completo, até os dias atuais, sobre as emoções e o câncer. Confirmando seus achados anteriores, o autor relata que estes pacientes têm uma freqüente história de abandono, solidão, culpa e autocondenação. Apresentavam, também, a perda de uma relação significativa antes do início da doença, a incapacidade de expressar sentimentos hostis, e tensão em relação à figura parental. além dos sentimentos de desamparo e desesperança.

BAHNSON & BAHNSON (1966), acreditam ser necessário haver mais que desespero e depressão para induzir tal '*solução psicológica particular*'. Para esses autores, as defesas repressivas são os aspectos mais característicos dos doentes com câncer, associados à ausência de liberação de afeto indesejável, um dos mais fortes indicadores desta repressão. Concluíram que os pacientes com câncer mostravam uma negação maciça de tudo que pode ser visto como socialmente indesejável.

LESHAN & WORTHINGTON (1956) concluíram haver também um bloqueio psicológico na capacidade de expressar sentimentos e emoções hostis. O paciente conseguia exprimir agressão ou hostilidade em defesa de outras pessoas ou de ideais, mas encontrava grande dificuldade na expressão de raiva, quando em defesa de si mesmo. Evidenciavam-se fortes sentimentos de culpa e inferioridade pessoal. ou seja, o sujeito não acreditava ter valor e não aprovava a si mesmo. Tensão no relacionamento com um ou ambos os pais, principalmente quando já falecidos, com culpa e ansiedade ainda presentes, também foram relatadas por estes enfermos.

Em muitos estudos, como o de MELLO FILHO (1994), indicam a existência de uma relação entre uma situação de perda ou separação, desencadeando sentimentos de depressão, ansiedade e desesperança, contribuindo no surgimento ou exacerbação de uma neoplasia. GREENE (1966) verificou que nos quatro primeiros anos que antecediam o início dos sintomas, a maioria dos pacientes possuía histórias de perdas. A média dos eventos ocorreu nos doze meses que precederam o diagnóstico aparente da doença.

Num cuidadoso estudo, LESHAN & WORTHINGTON (1956) estudaram diversos tipos de neoplasias, a fim de verificar se haviam padrões de histórias de vida correlacionados ao câncer. Detectaram um padrão que lhes propiciou uma compreensibilidade dos fatores observados. Nos primeiros sete anos de vida, a criança sofre um 'trauma' no desenvolvimento da sua capacidade de se relacionar com outras pessoas, em decorrência da perda física ou psicológica de um dos pais, morte de irmãos, ou algo parecido. O 'trauma' é vinculado a um ou ambos os pais, de modo que a hostilidade resultante não pode ser aceita conscientemente, sendo então reprimida. Parte desta hostilidade se volta contra o próprio sujeito, como ódio de si e sentimentos de culpa, enquanto a aptidão para exprimir sentimentos positivos fica enfraquecida pela dor da retirada do amor da figura parental.

A segunda fase se inicia no começo da vida adulta. Apesar das dificuldades em estabelecer vínculos, surge uma nova situação que proporciona ao sujeito a oportunidade de experimentar uma relação significativa. Este laço se transforma no cerne de sua vida, centralizando nele todas as suas necessidades de relacionamento, guardadas desde o 'trauma original'. O ódio de si mesmo é dissipado, com o redirecionamento da energia que

o alimentava e o sujeito passa a desfrutar da percepção de ser aceito e de possuir uma vida significativa.

A terceira fase começa com a perda desta relação, que se tornou central. Geralmente, isto decorre da morte do cônjuge ou de eventos que alteram os papéis conjugais, como doenças crônicas do(a) esposo(a), afastamento dos filhos, aposentadoria, entre outras. As tentativas de achar relações substitutas fracassam e advém um período de intenso sofrimento, com a convicção de que a vida nada mais significa para a pessoa. A segunda perda reforça a crença inconsciente de que se unir profundamente a alguém traz a dor do abandono e faz ressurgir a convicção infantil de que o próprio sujeito é responsável pela rejeição, com a culpa e a auto-raiva sendo novamente sentidas. Segundo os autores, decorrido o prazo de seis meses a oito anos, os primeiros sintomas do câncer se fazem notar.

Esta concepção está em acordo com a de BAHNSON (1981), de que o estresse de perda e depressão, quando combinados com fatores de personalidade, parecem aumentar a vulnerabilidade para o câncer clínico. Uma vez que tanto o estilo de defesa do ego como uma sensibilidade especial à perda de objeto é supostamente determinada por primitivas experiências de vida, seguir-se-ia que condições de estresse e de adaptação de longo prazo, enraizadas nos antecedentes do desenvolvimento infantil, seriam tão importantes na predisposição ao câncer, quanto os estresses de curto prazo, recentes.

Esta opinião é compartilhada por THOMAS & DUSZYNSKI (1974), que acreditam que as condições iniciais de criação nos seres humanos são importantes para o desenvolvimento de um efetivo mecanismo biológico de lidar com os estresses posteriores da vida. Em seu estudo, os doentes com câncer estavam entre os mais emocionalmente privados da relação com a mãe.

Em estudos recentes sobre o câncer, KOENING (2000) demonstra a importância de vínculos afetivos satisfatórios encontrando uma relação consistente e importante entre saúde mental e maior apoio social. TAYLOR (2001), estudando as influências espirituais e culturais em pacientes cancerosos, alerta que não foi percebido apoio social e uma comunicação familiar sincera entre estes pacientes.

Observe-se que a literatura apresentada até o momento está em concordância com o fato de que os pacientes com câncer teriam uma particular dificuldade em lidar com sentimentos depressivos, hostis e culposos, usando de mais negação e repressão que outras pessoas.

Para melhor compreensão, algumas frases ouvidas durante o desenvolvimento deste estudo, foram transcritas abaixo:

Morte de parente próximo

'Me chocou muito, foi um ensinamento, eu não tinha força, mas Deus me ajudou e olha que engraçado, porque faz sete meses e agora apareceu isso em mim'.

'Sinto farta dele, deixou eu triste, sozinha. No começo eu tinha medo de sair pra fora, parecia que eu via ele, não gostava nem de abrir a porta, depois melhorou. Eu pensava que ele queria falar comigo, é uma coisa esquisita, eu abria a porta e parecia que enxergava ele e sabe que ele morreu'.

'Me assustou muito, fiquei muito abalada e abatida, senti medo, remorso, porque é parente, elas (esposas) têm filhos e eu não tenho como ajudar'.

'Ah... porque ele era um pai e tanto, pai, amigo e companheiro' e também a perda de uma colega 'ah... me fez sofrer muito'.

'É... minha vida caiu muito, sem perspectiva, tudo parado, porque eu cuidava do meu marido. Ele não trabalhou com a cabeça, restou pouco, com um salário e ele tinha sete salários, e quem dançou fui eu, ele foi embora e eu fiquei, nem que eu trabalhasse com vendas'.

Morte de amigo íntimo

'O câncer espalhou e ela sofreu muito, tenho outra amiga que sobreviveu, me dá medo de sofrer também, se eu vou conseguir ou não'

'Um amigo de tanto fumá adoeceu, quando morava em Aguaí – SP e outro em Leme – SP, me perturbou muito. Morreu de câncer, o A. (nome do amigo), nossa, ele era um grande amigo meu, mas, ele falou pra vir aqui na Unicamp. Ele disse que não adiantava, que ia morrer, se viesse seria em compaixão'.

Problema com parente próximo

'Meu marido bebia muito e castigou muito eu, fazia de tudo, só não batia por causa dos filhos, eles são homens e entravam na frente dele, senão tinha sido pior, teria apanhado muito. Com meu marido já perdi o amor, não tem mais nada'. Assim como apontou problemas com parentes próximos fazendo referência a briga com a nora 'tive vontade de abandonar a casa'.

'Porque meu marido toma uma cerveja a mais e dependendo do dia ele perde a noção e lembra no dia seguinte. E isso me aborrece muito, inclusive já menti, que esse problema na boca é pra ele para de fumar. Tive uma briga e ele ameaçou-me bater e isso nunca tinha acontecido antes. Aí ele ficou chateado e colocou a corda no pescoço tentando se enforcar e eu consegui tira a corda e tive que chamar minha sogra'.

Condenação à prisão

'Fiquei muito abalado pagando por crime que eu não fiz e perdendo minha família, perdi tudo'.

'Meu filho mais velho foi condenado a sete anos de prisão. A história certa dele eu nem sei, ele foi fotografando meninas menores, o pai é sempre o último a saber, ninguém sabe né, contar o aconteceu, conta pra mim'.

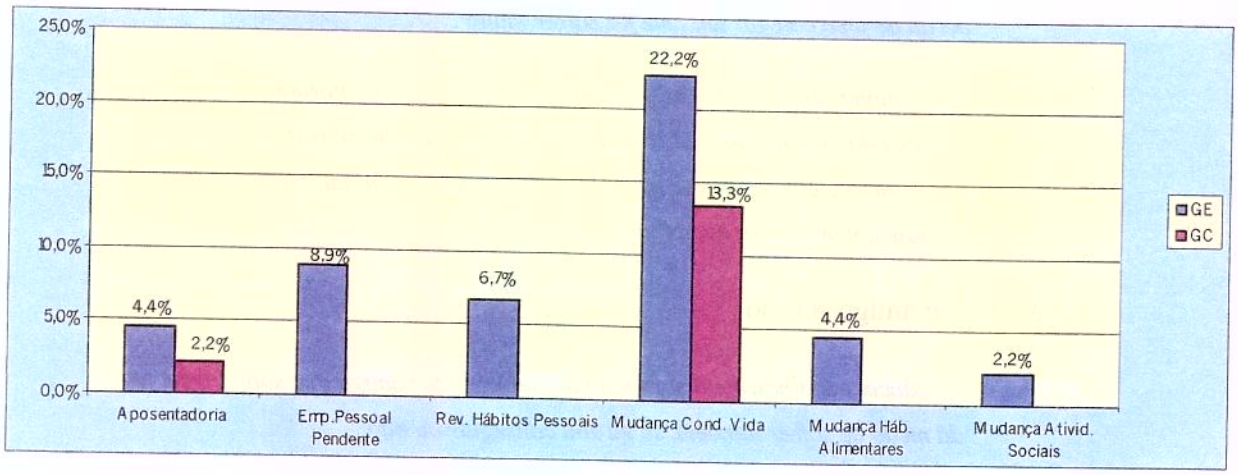

Gráfico 13: Comparação de eventos estressantes dificuldades pessoais. Apresenta a comparação segundo as dificuldades pessoais entre os indivíduos dos grupos GE e GC, em termos de porcentagem.

Analisando o gráfico, verificou-se que no item 'aposentadoria' é ligeiramente maior no GE, 4,44%, em comparação ao GC, 2,22%; assim como o item 'mudanças nas condições de vida' é maior no GE, 22,22%, em comparação ao GC, 13,33%. Enquanto que no GE os itens 'empreendimento pessoal pendente', 6,67%, 'revisão de hábitos pessoais', 6,67%, 'mudanças de atividades sociais' e 'mudanças de hábitos alimentares' apresentam freqüência, em comparação ao GC com nenhuma freqüência sendo inverso no item 'mudança de nível de renda' com 31,11% para o GC, em comparação ao GE com 26,67%.

Os dados obtidos estão em acordo com os estudos realizados por GREENE (1966), que ao chamar a atenção para as histórias de perdas, verificou que os eventos mais encontrados nas mulheres foram a 'morte', 'ameaça de morte', 'separação da mãe', 'menopausa' e 'mudança de moradia'. Já nos homens a 'ameaça de incapacidade orgânica', a 'ameaça ou perda do emprego' e a 'aposentadoria' foram os eventos mais freqüentes.

FOX (1978) estudou a associação de neoplasias com situações de vida entendidas como sem saída, como o luto e a perda de trabalho sob condições econômicas desfavoráveis e aborda a questão de que a submissão forçada durante períodos vulneráveis da biografia de uma pessoa, pode ser um poderoso estressor.

A história pregressa de alguns pacientes é testemunha de muitas das suas tragédias pessoais. Alguns deles, ainda crianças deixaram a escola para trabalhar; quando adultos, lutaram contra muitas adversidades. A maioria das mulheres, subjugada e dependente, tinha que conviver com maridos infiéis, que se embriagavam e que estavam subempregados, a maior parte do tempo. Eram pessoas com doenças freqüentes e que agora estavam, aparentemente resignadas porque, simplesmente, não conheciam e, nunca haviam sentido, um ambiente de maior respeito aos seus direitos (TELIS, 1986).

Em referência aos itens 'revisão de hábitos pessoais', 'mudanças de atividades sociais' e 'mudanças de hábitos alimentares' observa-se que os dados das tabelas anteriores exibem predominância de 'baixo padrão de renda socioeconômico', sendo os pacientes migrantes nativos da zona rural, com trabalho em funções não-qualificadas e mal remuneradas. Desta forma se apresentam incapazes de promover uma alimentação adequada às suas necessidades básicas, tendo como conseqüência o comprometimento do desenvolvimento psicofísico.

SANCHEZ *et al.* (1989) atentos para as implicações do processo de urbanização sobre a nutrição e saúde, relatam que a migração de áreas rurais para áreas urbanas propicia o desenvolvimento de doenças crônicodegenerativas, em decorrência do consumo de alimentos com sal, açúcar e gorduras. A este respeito HIGGINSON & MUIR (1977) afirmam que o tipo de alimentação pode modificar a incidência desses cânceres de duas maneiras: pelo aumento do número de carcinógenos diretos e por uma influência indireta da dieta alimentar, como um papel de co-fator ou promotor sobre as possibilidades de ação dos carcinógenos.

Para ALVEZ *et al.* (1981) as classes mais pobres possuem renda incapaz de proporcionar uma dieta adequada as suas necessidades básicas, tendo como conseqüências, altas taxas de mortalidade infantil e o comprometimento do pleno desenvolvimento mental.

CABRAL (1985), abordando as difíceis condições de vida imposta a estes pacientes, em conseqüência de pertencerem à classe social oprimida, que conduzem a inúmeros transtornos no desenvolvimento psicofísico destes enfermos, nos fala:

> Privados da escola, alimentando-se precariamente, sem possibilidade de terem lazeres não caseiros, e até mesmo caseiros, pois a luz elétrica está cara e eles não podem ver televisão, não podem tricotar, etc comprar lã para..., assim como enfrentando tensões vivenciais outras que discorreremos adiante, estes pacientes não tem outra saída a não ser somatizarem seriamente' .(p. 215-216)

5.5. MMPI – ANÁLISE DAS ESCALAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Tabela 33: Distribuição comparativa dos valores obtidos na aplicação das Escalas do MMPI dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, por freqüência, estatística descritiva e p-valores.

GRUPO DE ESTUDO – GE						GRUPO COMPARATIVO – GC					
ESCALA L – MENTIRA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	56,13	7,80	78	54	50	45	57,47	7,75	74	58	50
ESCALA F – ERRO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	64,31	8,58	77	63	50	45	59,51	8,76	77	59	50
ESCALA Hs – HIPOCONDRIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	53,22	8,33	73	53	36	45	55,20	10,76	87	54	38
ESCALA D – DEPRESSÃO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	51,44	9,34	77	51	30	45	52,98	9,79	78	53	36
ESCALA Hy – HISTERIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	45,47	8,20	65	45	27	45	49,40	8,71	71	51	31
ESCALA Pd – DESVIO PSICÓTICO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	53,78	7,89	75	53	39	45	53,16	10,76	75	53	33
ESCALA Mf – MASCULINO E FEMININO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	51,89	8,68	72	50	29	45	53,38	7,94	83	54	36
ESCALA Pa – PARANÓIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	60,98	13,20	92	60	33	45	56,56	12,97	83	55	30
ESCALA Pt - PSICASTENIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	58,51	8,72	78	58	38	45	55,67	10,86	77	57	36
ESCALA Sc - ESQUIZOFRENIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	60,82	12,05	87	59	41	45	57,07	12,67	84	55	33

GRUPO DE ESTUDO – GE						GRUPO COMPARATIVO – GC					
ESCALA Ma - HIPOMANIA											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	57,78	9,27	81	57	41	45	54,82	7,36	72	54	35
ESCALA Si – INTROVERSÃO E EXTRIVERSÃO											
N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN	N	MÉDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
45	40,60	5,04	53	41	30	45	41,24	6,42	56	42	25

A tabela 32 indica que na escala L-Mentira, o resultado da mediana de 54% no GE é ligeiramente menor quando comparado ao resultado da mediana de 58% no GC. Relações idênticas foram encontradas nas escalas Hs-Hipocondria, com o resultados da mediana de 53% no GE, em relação ao resultado da mediana de 54% no GC; na escala D-Depressão, com resultado da mediana de 51% para o GE, comparada ao resultado da mediana de 53% no GC, e na escala Mf-Masculino e Feminino, com o resultados da mediana de 50% no GE, em relação ao resultado da mediana de 54% no GC; e semelhantes na escala Pd-Desvio Psicótico, com resultado da mediana de 53% para o GE, comparada ao resultado da mediana de 53% no GC.

Nota-se, também, que na escala F-Erro, o resultado da mediana de 63% no GE se mostra maior, quando comparado o resultado da mediana de 59% no GC. Observa-se, também, que este padrão se repete na escala Pa-Paranóia, com resultado da mediana de 60% no GE, em comparação ao resultado da mediana de 55% no GC, assim como na escala Sc-Esquizofrenia, com resultado da mediana de 59% no GE, quando comparado ao resultado da mediana de 55% no GC.

Verifica-se que houve diferença estatística significativa entre os grupos apenas para a escala F-Erro, com resultado de mediana de 63% no GE, em comparação ao GC, com resultado de mediana de 59% e p=0082; e na escala Hy-Histeria, com resultado de mediana de 45% no GE, em comparação ao GC, com resultado de mediana de 51% para p= 0=0356.

Os dados da escala E-Erro estão em acordo com o trabalho realizado por RIBEIRO *et al.* (1998), que sugerem que o MMPI é um inventário que pode ser adequadamente utilizado para avaliação de personalidade de pacientes cujo nível de escolaridade e de cultura é limitado. Segundo os autores, ficou bastante evidente que uma aplicação cuidadosa é capaz de contornar os obstáculos ligados à compreensibilidade do inventário. Reforçam que as invalidações podem ser o reflexo de fatores clínicos e de personalidade, e não que fruto de um viés de incompreensão, por parte dos pacientes.

O resultado do atual trabalho na escala Hy-Histeria se concilia ao trabalho epidemiológico prospectivo de GROSSARTH-MATICEK *et al.* (1985), que constatou a incidência de câncer, quarenta vezes mais alta, nos pacientes com escores altos no fator 'racionalidade' e 'antiemocionalidade' (R/A), medida psicológica associada com controle, supressão ou repressão de raiva ou agressão. Estes dados não estariam relacionados com um estado psicológico transitório, mas às características de personalidade de longa duração. Eles as situam no pólo oposto da 'dimensão de histeria' da personalidade, caracterizada, basicamente, por um comportamento de gritar por socorro, egocentrismo, exageração e ambivalência.

Para GROSSARTH-MATICEK *et al.* (1985), o aspecto de desesperança é o oposto do de gritar por socorro, sendo assim, um indicador da expressão bloqueada de sentimentos e necessidades. Tal bloqueio escreve os autores, juntamente com a colocação de si mesmo à parte uma a aceitação da repressão microssocial, além da intensa necessidade de harmonia, idealização e superajustamento, comporiam o quadro típico do doente canceroso.

Esta concepção é compartilhada por WIRSCHING & STIERLIN (1982), que relataram que em um estudo com 56 mulheres, entrevistadas um dia antes da biópsia, identificaram corretamente, 83% das pacientes com câncer e 71% das com lesões benignas. Com base no conteúdo das entrevistas, observaram que na escala de 'racionalidade-emocionalidade', quase todas as pacientes com câncer, com uma única exceção, foram consideradas racionais. Na escala 'tomar e dar' os enfermos exibiram muito mais auto-sacrifício do que os com lesões benignas. Na escala 'agressão' mais de 70% das pacientes com neoplasia estavam na categoria extrema no index, de 'quanto era importante manter relações harmoniosas com outras pessoas'.

TERMOSHOK (1987) argumenta que esta maneira de ser, cooperativo e conciliador, não dominador, não expressivo de emoções negativas, particularmente a raiva, e submisso às autoridades externas, embora possa à primeira vista parecer adaptada socialmente, tem seu preço. Na medida em que tais características tendem a acarretar a não satisfação de necessidades psicológicas e, mesmo, biológicas, o sujeito poderia, apesar das aparências, estar experimentando, de fato, crônica e inconscientemente, sentimentos de desesperança e desespero.

Dentro de uma concepção psicossomática, MCDOUGALL (1991), propõe ser possível descobrir o 'elo perdido' entre os estados histéricos e psicossomáticos.

> Na ocasião, fiz um retorno aos estudos sobre a histeria, pois sentia a necessidade de um esclarecimento teórico melhor acerca das manifestações clínicas das perturbações corporais. Estes nem sempre podiam ser atribuídos a um corpo imaginário, portador de uma significação puramente simbólica, mas ofereciam uma dimensão histérica evidente. É sabido que o sintoma histérico clássico se manifesta por uma significação simbólica inconsciente. Esta parte pode tornar-se o equivalente inconsciente do órgão sexual e deixa de funcionar normalmente se uma inibição maciça atingir a sexualidade adulta. (pág. 18).

MCDOUGALL (1991), observou que os analisandos pouco marcados pela alexitimia (sem palavras para a emoção) e pensamentos operatórios se livraram de seus sintomas, com uma forte capacidade de metaforização do seu conflito. Entretanto, quando os sintomas revelaram o medo inconsciente de perder o sentido de seus limites corporais e identidade individual, refletindo idéias impregnadas de afetos depressivos e ansiosos potencialmente incontroláveis e inelaboráveis para o indivíduo (uso de desafetação[9]), saímos do domínio da angústia neurótica, para entrarmos no campo dos terrores psicóticos.

[9] Uma pessoa se desafeiçoa de alguém ou de alguma coisa quando dela se desapega ou lhe retira sua afeição. Do prefixo latino 'des' (que contém a idéia de separação ou de perda); indivíduo psiquicamente separado de suas emoções, pode ter perdido a capacidade de ficar em contato com sua realidade psíquica (MC DOUGALL, 1991)'.

Foi constatado que havia uma necessidade de se preservar de todo abalo afetivo e de toda idéia que provocasse o risco de despertar conflitos arcaicos dificilmente representáveis. Esta exclusão contínua, quando não é compensada por sintomas neuróticos, chega a um sobre investimento da realidade exterior que contribui na formação da imagem ilusória de um indivíduo aparentemente superestável, capaz de enfrentar todos os imprevistos da vida. Ficou demonstrado, contudo, que este processo não leva a uma estrutura caracterizada pela falta de defesas, ao contrário, a uma forma de defesa maciça contra as angústias psicóticas MCDOUGALL (1989).

Segundo MCDOUGALL (1989) e FREUD (1895, 1975), estudando o destino do afeto tornado inacessível à psique, descobriu que inicialmente ocorre a conversão dos afetos em sintomas histéricos, em seguida a mudança do afeto de maneira que ele se ligue a uma outra representação que não seja a de origem, fenômeno que se observa na neurose obcessional. A terceira transformação provoca o que FREUD denominou de neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia). Nessa última categoria, os estados descritos possuem uma forte impregnação afetiva, mas trata-se de afetos maciços, sem representação precisa e que se apresentam bem mais sob seu aspecto somático que psíquico.

MCDOUGALL (1991) enfoca que quando a angústia psicótica domina o quadro clínico, não estamos mais diante de uma problemática histérica no sentido clássico do termo. Embora os indivíduos analisados, que sofrem de sintomas entre neuróticos e a somatização, não sejam psicóticos, talvez seja necessária, segundo a autora, a indagação se muitas organizações neuróticas, histéricas e obsessivas, não são, no fundo, construídas a partir de um núcleo psicótico.

Tabela 34: Distribuição comparativa das Escalas do MMPI dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo valores entre trinta e setenta.

ESCALAS	GRUPO ESTUDO - GE		GRUPO COMPARATIVO - GC	
	FREQ	%	FREQ	%
Escala de Mentira (L)	42	93,33	43	95,56
Escala de Erro (F)	32	71,11	39	86,67
Escala de Hipocondria (Hs)	42	93,33	41	91,11
Escala de Depressão (D)	44	97,78	42	93,33
Escala de Histeria (Hy)	44	97,78	44	97,78
Escala de Desvio Psicótico (Pd)	44	97,78	40	88,89
Escala de Masculino/Feminino (MF)	43	95,56	44	97,78
Escala de Paranóia (Pa)	36	80,00	38	84,44
Escala de Psicastenia (Pt)	40	88,89	41	91,11
Escala de Esquizofrenia (Sc)	34	75,56	37	82,22
Escala de Hipomania (Ma)	40	88,89	44	97,78
Escala de Introversão/extroversão (Si)	45	100,00	43	95,56

Analisando os dados da tabela 34, verificou-se que na escala L-Mentira, 93,33%, constituídos de 42 pacientes no GE, é ligeiramente menor quando comparado ao GC, com 95,56%, constituídos de 43 pacientes.

Relação idêntica foi encontrada na escala D-Depressão, 92,78% no GE, constituídos de 45 pacientes, em comparação ao GC com 93,33%, constituídos de 42 pacientes. Na escala Mf-Masculino/Feminino, 95,56%, constituídos de 43 pacientes no GE em relação ao GC com 97,78%, constituídos de 44 pacientes. Na escala Pa-Paranóia 80%, constituídos de 36 pacientes no GE em relação ao GC, 84,44%, constituídos de 38 pacientes. Na escala Sc-Esquizofrenia 75,56% no GE, constituídos de 34 pacientes em relação ao GC com 82,22%, constituídos de 37 pacientes e, na escala Ma-Hipomania 88,89% no GE, constituídos de 40 pacientes, em relação ao GC com 97,78%, constituídos de 44 pacientes.

Notou-se, também, que na escala Hs-Hipocondria 93,33%, constituídos de 42 pacientes no GE, se mostra maior em comparação ao GC, com 91,11%, constituídos de 41 pacientes no GC. Na escala Pd-Desvio Psicótico, 97,78%, constituídos de 44 pacientes no GE, em comparação ao GC, com 88,89%, constituídos de 40 pacientes. Observa-se, também, na escala Hy-Histeria que as freqüências e percentagens são idênticas. Os riscos relativos calculados não apresentaram significância estatística entre os grupos.

Os resultados aqui obtidos estão em acordo com RIBEIRO *et al.* (1998) na escala Pd-Desvio Psicótico, e com os estudos realizados por KIRKCALY & KOBYLINSKA (1987) que encontraram valores maiores nas escalas Hs-Hipocondria em pacientes com câncer.

USDIN & LEWIS (1981) colocam a hipocondria como um mecanismo de defesa, por meio do qual o indivíduo tem raiva e ódio por ter sido abandonado e por não ver suas necessidades de dependência atendidas. A raiva e o ódio sentidos em relação a uma outra pessoa voltam-se para o interior desta, sob forma de auto-acusação e depois se transformam em queixas físicas.

A distribuição dos escores T possui média aritmética igual a 50 e desvio padrão igual a 10. Um escore T superior a 70 ou inferior a 30, ou seja, acima ou abaixo de dois desvios-padrão, de acordo com o teste MMPI, passa a ser considerado, em princípio, como resultado fora dos padrões de normalidade.

Tabela 35: Distribuição comparativa das Escalas do MMPI dos 90 pacientes que participaram desta pesquisa, sendo 45 pacientes do GE e 45 pacientes do GC, segundo valores maiores que setenta.

ESCALAS	GRUPO ESTUDO - GE		GRUPO COMPARATIVO – GC	
	FREQ	%	FREQ	%
Escala de Mentira (L)	3	6,67	2	4,44
Escala de Erro (F)	13	28,89	6	13,33
Escala de Hipocondria (Hs)	3	2,22	4	8,89
Escala de Depressão (D)	1	2,22	3	6,67
Escala de Histeria (Hy)	Zero	Zero	1	2,22
Escala de Desvio Psicótico (Pd)	1	2,22	5	11,11
Escala de Masculino/Feminino (MF)	1	2,22	1	2,22
Escala de Paranóia (Pa)	9	20,00	7	15,56
Escala de Psicastenia (Pt)	5	11,11	4	8,89
Escala de Esquizofrenia (Sc)	11	24,44	4	17,78
Escala de Hipomania (Ma)	5	11,11	1	2,22
Escala de Introversão/extroversão (Si)	Zero	Zero	Zero	Zero

Verificando-se os dados da tabela 35, observa-se que, na escala L-Mentira, 6,67%, constituídos de três pacientes no GE é ligeiramente maior quando comparada ao GC com 4,44%, constituídos de dois pacientes. Entretanto, observou-se que na escala E-Erro, 28,89%, constituídos de 13 pacientes, é significativamente maior no GE quando comparado ao GC, com 13,33%, constituídos de seis pacientes.

Relação inversamente maior foi encontrada na escala Hs-Hipocondria, 8,89%, constituídos de quatro pacientes no GC quando comparada a 2,22%, constituídos de três pacientes, no GE. Na escala D-Depressão, 6,67% no GE constituídos de três pacientes, quando comparadas a 2,22%, constituídos de dois pacientes no GC. Observou-se que os valores são significativamente maiores na escala Ma-Hipomania, 11,11%, constituídos de cinco pacientes no GE quando comparadas a 2,22%, constituídos de um paciente no GC. Foi verificada relação inversa na escala de Desvio Psicótico, 11,11%, constituídos de cinco pacientes no GC.

Contudo, analisando os dados mostram que o número de pacientes é expressivamente maior, também na escala Sc-Esquizofrenia, 24,44%, constituídos de 11 pacientes no GE quando comparadas ao GC, com 17,78%, constituídos de quatro pacientes, na escala Pa-Paranóia, 20,00%, constituídos de nove pacientes, quando comparados ao GC, com 15,56%, constituídos de sete pacientes e na escala Pt-Psicastenia, 11,11%, constituídos de cinco pacientes, quando comparados ao GC, com 8,89%, constituídos de quatro pacientes. Na escala Hy-Histeria houve freqüência de 2,22%, constituídos de um paciente, apenas para o GC. Os dados nas escalas Mf-Masculino/Feminino e na escala Si-Introversão/Extroversão, são semelhantes em ambos os grupos.

Resultados semelhantes aos desta pesquisa na escala de Hipocondria, foram encontramos no trabalho de GARCIA-CARRETERO *et al.* (1990) que, estudando a personalidade e a agressividade em pacientes com câncer, concluíram que a histeria é menor em homens e a hipocondria é maior em mulheres.

Os estudos de RIBEIRO *et al.* (1998) esclarecem que valores elevados na escala L-Mentira indicam tentativas mais ingênuas dos pacientes em apresentarem-se de modo mais favorável diante dos avaliadores. ALMADA *et al.* (1991) utilizando-se, também, do MMPI, encontraram em seus estudos correlação entre cinismo e taxas altas de erros, em dados informados pelos próprios enfermos. Os autores estabeleceram uma associação entre cinismo e as principais causas de mortalidade em pacientes com consumo excessivo de tabaco e álcool.

RIBEIRO *et al.* (1998) que pontuam, ainda, que resultados elevados na escala F-Erro podem significar, além da presença de patologias, particularmente de ordem psicótica, falhas no sistema defensivo, ou mesmo um reflexo de características de personalidade, tais como inquietação, instabilidade, confusão e insatisfação e, em geral, são acompanhados por elevações em diversas escalas clínicas, especialmente nas escalas Pa-Paranóia e Sc-Esquizofrenia.

KIRKCALY & KOBYLINSKA (1987) em seu estudo comparativo sobre características de personalidade pacientes com câncer, também observaram valores maiores nas escalas Ma-Hipomania, Pa-Paranóia, Pt-Psicastenia e Sc-Esquizofrenia, que constituem a tétrade psicótica.

Os dados refletem que os pacientes não manifestam depressão, mas sim um quadro com características psicóticas com tendência à desconfiança e à persecutoriedade. BAHNSON & BAHNSON (1966) concordam que a perda e a depressão podem ser antecedentes significativos do câncer, porém, acreditam ser necessário haver mais que desespero e depressão para induzir tal *'solução psicológica particular'*. As defesas repressivas são os aspectos mais característicos dos doentes com câncer, associados à ausência de liberação de afeto indesejável. Concluíram que os pacientes com câncer mostraram uma negação intensa de tudo que pode ser visto como socialmente indesejável.

Esta opinião é compartilhada por THOMAS (1976), que relata ter encontrado uma relação evidente entre incidência de câncer e uma freqüência mais baixa de sintomas afetivos negativos (depressão, ansiedade, raiva), em 1.337 estudantes de Medicina, em estudo realizado entre 1948 e 1964, e seguimento até junho de 1973.

Partindo da hipótese de que os dados sobre o funcionamento da personalidade anterior à doença poderiam fornecer uma base para prognosticar a diferença de pacientes com e sem câncer, DATTORE *et al.* (1980) realizaram uma investigação 'retro-prospectiva', feita a partir da análise de 200 registros pré-morbidos de MMPI. As contagens mais baixas na escala 'repressão-sensibilização', onde se evidenciam maior tendência repressiva e, na escala 'depressão', menos sintomatologia depressiva auto-relatada, permitiram uma combinação linear de variáveis que discriminou, significativamente, ambos os grupos, tornando possível aos autores a confirmação de sua hipótese.

GROSSARTH-MATICECK & BASTIAANS & KANAZIR (1985) constataram que a incidência de câncer foi cerca de quarenta vezes mais alta nos pacientes com escores altos no fator 'racionalidade' e 'antiemocionalidade'. VAN DER PLOEG & KLEIJN (1989), por sua vez, compararam os resultados da aplicação da escala do MMPI por GROSSARTH-MATICECK em vários grupos universitários, com resultados de outros testes psicológicos, cuja validade e confiabilidade eram bem conhecidas. Suas conclusões oferecem apoio experimental à hipótese de que a racionalidade e a antiemocionalidade podem ser características de personalidade importantes em pacientes com câncer.

USDIN & LEWIS (1981) enfatizam que a racionalização é motivada por pulsões inconscientes inaceitáveis, oferecendo uma explicação para determinado comportamento, disfarçando, ainda, outras defesas que reduzem a ansiedade. Relatam que a repressão é a defesa de primeira linha contras pulsões inaceitáveis. Se esta fracassa, pode-se usar o deslocamento para manter a pulsão afastada da consciência. Se o comportamento que resulta se mostra bizarro ou ilógico, pode-se utilizar a racionalização, como terceira linha de defesa.

A histeria e o processo de racionalização aparecem de forma contundente neste trecho do poeta quando fala da experiência angustiante de sentir-se só:

> É o fundo traço de histeria que existe em mim. Não sei se sou simplesmente histérico, se sou, mais propriamente, um histérico-neurastênico. Seja como for, a vossa origem mental está na minha tendência orgânica e constante para a despersonalização e para a simulação. (...) e nos homens a histeria assume principalmente aspectos mentais; assim tudo acaba em silêncio (...)
>
> FERNANDO PESSOA

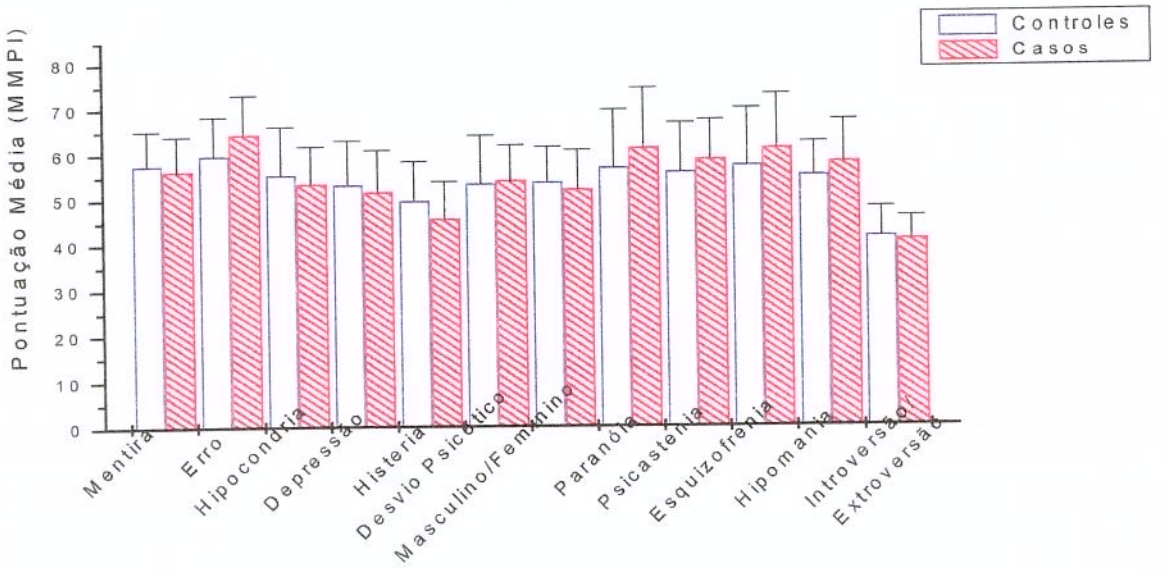

Gráfico 14: Comparação, médias e desvios-padrões das escalas MMPI. Apresenta as pontuações médias e desvios –padrão das escalas MMPI entre os indivíduos dos grupos GE e GC.

Os dados obtidos nos dois grupos GE e GC se apresentam conforme o gráfico acima, com valores estatisticamente muito semelhantes, o que conduz a resultados muito próximos àqueles relatados na literatura, como os de WATSON & SCHULD (1977), que realizaram um estudo prospectivo em pacientes psiquiátricos que desenvolveram câncer e tumor benigno, não foi encontrado suporte para concluir-se que alguma psicopatologia estivesse na gênese das neoplasias, assim como as características de personalidade não foram diferentes no grupo de cancerosos e no grupo-comparativo.

Entretanto, seguindo o pensamento de que o homem é um ser físico, espiritual, psicológico e também social, deve-se estar atento a todos esses níveis, entre os quais há integração e harmonia, que levam ao crescimento e à realização pessoal. O desequilíbrio e a desarmonia entre estes níveis conduzem à desorganização pessoal e até mesmo a doenças (CARVALHO, 1992).

Em 1977, BARTROP *et al.* demonstraram que o estresse psicológico sério, em pessoas sadias, poderia produzir uma anormalidade mensurável no sistema imunológico, não obviamente causada por mudanças hormonais. Ficou comprovado que a função da célula T como medida de teste de transformação de linfócitos, estava significativamente deprimida, seis semanas após a morte do(a) companheiro(a). Não havia diferenças em concentrações séricas para os hormônios: tiroxina, triodotironina, cortisol, prolactina e hormônio de crescimento. Os autores enfatizam que o achado poderia dar a chave para a descoberta da gênese de doenças que estão supostamente relacionadas com o estresse e que têm uma base imunológica.

Muito antes dos avanços da biologia molecular SLAUGHTER *et al.* (1953) revisaram histológicamente espécimes cirúrgicos de 783 pacientes operados por carcinomas epidermóides de cavidade oral e orofaringe. Os tumores orais ressecados tinham mucosa anormal nas margens de ressecção em todos os casos, a maioria não tumoral. Com base nestes achados, os autores chamaram de 'campo de cancerização' toda área de epitélio, pré-condicionada pela exposição a um agente carcinógenos. Este, se presente por muito tempo e com intensidade suficiente, produz alterações irreversíveis das células, podendo levar ao surgimento de um câncer. As alterações clínicas (ex: Leucoplasia, líquen plano) e microscópicas (metaplasia, displasia) que podem ser encontradas em todas a região de

tecidos expostos a carcinógenos, são em última análise, decorrentes de modificações moleculares.

Estudos moleculares recentes NEES *et al.* (1993) e BRENNAN *et al.* (1995) detectando alterações genéticas em tecidos histológicamente normais de pacientes com alto risco para o desenvolvimento de câncer dão suporte a esta teoria. A detecção de tais anormalidades moleculares previamente ao desenvolvimento da doença pode revolucionar o tratamento e a prevenção do câncer, principalmente dos tumores segundo-primários.

É de extrema importância enfocar que as características semelhantes, porém, não iguais, dos dois grupos, evidencia o GC como um grupo de alto risco para o desenvolvimento de um câncer. O compromisso social das ciências da saúde inclui a formação de profissionais capacitados para identificar perfis de personalidade e comportamentos de risco intervindo no sentido de promover mudanças que propiciem novos de estilos de vida, assim como estudos numa abordagem multidisciplinar, que incluam os fatores de risco, a prevenção, a evolução, o tratamento, a personalidade e o luto, nestes estudos, em diferentes abordagens médicas, sociológicas e psicológicas.

Ao apontar para a natureza psicossomática do câncer, CLAUS e MARJORIE BAHNSON (1966) oferecem a concepção da doença por eles formulada da doença, dizendo que a negação e a repressão, num grau mais alto do que o razoável bloquearia toda saída comportamental ou cognitiva de impulsos e anseios difíceis. Isto conduziria a uma canalização, regredida e biologicamente expressada, tanto de pulsões regenerativas e criativas, como de emoções depressivas, hostis e culpáveis. Dever-se-ia, segundo os autores, tentar compreender a formação de tumores como uma certa reação psicobiológica, e não como a intrusão 'de uma enigmática matéria estranha'.

Segundo MARTY (1993), os pacientes com doenças psicossomáticas apresentam um distúrbio específico nas funções simbólicas e afetivas, que, lhes confere um estilo de comunicação estéril e inexpressivo, afastado do seu inconsciente. Este fato se revela em seu comportamento, extremamente adaptado ao pensamento do grupo a que pertencem. Para MARTY, há nestes indivíduos, uma regressão do ego em nível defensivo primitivo, com fortes tendências autodestrutivas, relacionadas à pulsão de morte, sendo esta última responsável pelos movimentos de desorganização psíquica, levando a alterações somáticas fisiológicas, patológicas e, mesmo, mortais.

Para MCDOUGALL (1985), é de extrema importância o modo como a mãe se relaciona com as funções corporais, 'não verbais' da criança, seus gestos e sua afetividade no início da organização da vida psíquica do bebê. Assim como a comunicação corporal dá lugar à comunicação simbólica e à aquisição da linguagem. É a mãe a primeira a nomear os afetos do bebê, proporcionando-lhe a potencialidade para pensar ou não pensar, sobre seus sentimentos.

A este respeito WINNICOTT (1963) conta que as falhas nos cuidados maternos levam à desintegração, que constitui uma defesa contra o estado de 'não-integração' e, conseqüentemente, ao surgimento de uma ansiedade intolerável, devido à falta de segurança no estágio de dependência absoluta. A desintegração faz parte dos mecanismos primitivos de defesa, subjacentes à sintomatologia das personalidades esquizofrênicas ou limítrofes e em personalidades com elementos esquizóides.

Um manejo adaptativo deficiente, não corrigido durante os estágios precoces do desenvolvimento, provoca 'angústias inimagináveis', devido a fracassos na união entre a psique e o corpo, dificultando ao lactante localizar o 'self' no seu próprio corpo, levando desta forma a despersonalização. A inabilidade da mãe em sentir as necessidades do bebê leva-o à submissão. Esta é à base do falso 'self'. Este falso 'self' submisso reage às exigências do meio e, através dele, o lactante constrói um conjunto de relacionamentos falsos, tendo por base a imitação, a identificação e a introjeção, podendo até atingir a aparência de ser real. não apresentando, entretanto, espontaneidade e criatividade (WINNICOTT, 1963).

Segundo NAVARRO (1995), o bloqueio do recém-nascido contra a atmosfera de rejeição e destrutividade que encontra no útero ou, após nascer, não impede a progressão do funcionamento das outras fases de desenvolvimento, mas a evolução psico-afetiva será caracterizada por certas perturbações do comportamento, que poderá chegar às crises psicóticas na puberdade e na adolescência. Indivíduos parecendo normais podem, portanto, ter sob o seu caráter de superfície, um núcleo psicótico. O indivíduo não é ativo, criativo, mas reage ao meio. A personalidade psicótica, geralmente, se deixa levar pela vida, pois se cansa facilmente (neurastenia) e prefere, freqüentemente, o isolamento ou a fuga no sono.

Para WINNICOTT (1963), a diferenciação entre o psíquico e o somático se inicia, lentamente, diante de uma relação mãe-bebê suficientemente boa e mediante diferentes processos psíquicos como incorporação, introjeção e identificação. Quando, por razões inconscientes, a mãe não consegue aliviar o sofrimento físico ou psíquico do lactante e protegê-lo da superestimulação, poderá impedi-lo de distinguir a representação de si mesmo, da representação do outro. A existência psicossomática corresponde ao 'sentimento de estar dentro do próprio corpo'.

Reconhecer e apropriar-se do próprio corpo é uma longa experiência de separação, que só pode existir quando há uma relação satisfatória e um bom contato mãe-bebê. Esta separação não se trata de uma ruptura definitiva com o vínculo maternal. Ela pode ser restaurada e mantida na medida em que for substituída simbolicamente, por outro tipo de vínculo, ou seja, pelo amor, gratidão, etc...(MAC FADDEN, 1993).

O fracasso no processo de desenvolvimento individual vai comprometer, inevitavelmente, a capacidade do bebê de integrar e reconhecer como suas, não apenas seu corpo e suas zonas erógenas, mas, também, sua mente, isto é, os seus pensamentos e os seus sentimentos. Estas mães correm o risco de conduzir seus filhos a uma psicose ou psicossomatose (MCDOUGALL, 1991).

Nas psicossomatoses há uma estrutura semelhante à estrutura psicótica, só que nesta última o pensamento é delirante e, na primeira, o corpo é que delira. O sintoma é desprovido de sentido, quer no campo biológico, quer no campo psíquico. O corpo é sentido como pertencente ao mundo externo, pertencente à mãe. Estes indivíduos ficam muito vulneráveis às situações de perdas, tais como a morte dos pais, nascimento de um filho, e outras situações de feridas narcísicas (MCDOUGALL, 1983).

CABRAL (1985) aborda em seu trabalho que as modificações anatômicas funcionais podem ser resultantes de uma alternativa à desorganização psicótica destes enfermos, diante de situações de perdas, ou ameaças de perdas e de objetos de identificação. Contudo, GUIR (1983), em acordo com as idéias de LESHAN & WORTINGTON (1956), relata que a segunda vivência de perda é que desencadeia o fenômeno psicossomático. GUIR descreve o fenômeno como, em primeiro lugar, tendo havido a separação brutal do ente querido (morte desmame); segundo, a separação se repete, e, em terceiro, antes de um ano a lesão aparece.

MARTY (1990) concorda com outros autores, de que mais do que perdas de entes queridos, da liberdade, de ilusões, projetos, investimentos afetivos, a maneira como o indivíduo lida com elas, é que pode ter um efeito destruidor. E acrescenta:

> Quando as excitações pós-traumáticas se mostram importantes e que, por outro lado, o sistema de representações mostra-se indisponível, assistimos freqüentemente à eclosão de afecções evolutivas graves: cânceres e doenças auto-imunes (MARTY, pag. 9).

Na tentativa de compreender o significado das eclosões psicossomáticas MCDOUGALL (1991) formulou o problema da seguinte forma:

> A fantasia fundamental proclama que o amor leva à morte e que só a ausência total de libido garante a sobrevivência psíquica, portanto, o indivíduo procura, através de um trabalho de desafetação (sufocação dos afetos), proteger sua sobrevivência mental, pois teme a perda não somente das barreiras psíquicas contra implosão provocada pela outra pessoa, mas também a perda de seus próprios limites corporais' (pág. 38).

Este processo, segundo MCDOUGALL (1987), aumenta de maneira impressionante a vulnerabilidade psicossomática. A morte interna que impregna a realidade psíquica admite, entre outros riscos, o de produzir desgastes nas barreiras imunológicas, assim como uma somatização regressiva daquilo que foi sentido como afeto.

Na opinião de MCDOUGALL (1982), a alexitimia[10] é uma defesa, notavelmente, forte contra o sofrimento psíquico e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos, ou seja, falhas na internalização de funções maternas confortantes. Paradoxalmente, embora reações como estas possam pôr em perigo a vida do indivíduo, naquele momento se destinam a proteger a pessoa de um dano psíquico (MCDOUGALL, 1991).

Estes acontecimentos são muito importante na gênese de muitas doenças psicossomáticas, entre elas o câncer. O paciente canceroso tem muitas vezes, dificuldades em reconhecer suas necessidades físicas e afetivas e, sem poder reconhecê-las, não pode atendê-las, o que resulta em uma perda de qualidade de sua relação com a vida (CARVALHO, 1992).

---

[10] 'alexitimia': de origem grega, esta palavra significa: a= falta; lexis= palavra e thymia= emoção, ou seja, *'sem palavras para a emoção'* (SIFNEOS, 1973; NEMIAH 1977).

Com o conhecimento destes conceitos, as características de personalidade, o estresse emocional e as qualidades de vida, isoladamente, não são determinantes do surgimento de um tumor, porém, se o organismo já estiver celularmente pré-disposto, poderão ser fatores desencadeantes. Finalizando, vê-se que as vivências iniciais da vida são de fundamental importância no aparecimento dos fenômenos psicossomáticos. Aliás, este período de vida é de fundamental importância não apenas para a psicossomática, mas também, para outras questões da vida psíquica, especialmente as psicoses.

O sentimento de desespero e desamparo estão bem exemplificados na poesia, Passagens das Horas, de FERNANDO PESSOA:

Não sei sentir, não sei ser humano, conviver

De dentro da alma triste com os homens meus irmãos na terra.

Não sei ser útil mesmo sentindo, ser prático, ser quotidiano, nítido,

Ter um lugar na vida, ter um destino entre os homens,

Ter uma obra, uma força, uma vontade, uma horta,

Única razão para descansar, uma necessidade de me distrair,

Uma razão vinda diretamente da natureza para mim(...)

6. CONVIVENDO COM O CÂNCER

O indivíduo acometido de uma doença crônica, como o câncer, convive, diariamente, com aa manifestações de sintomas. Continuamente, os pacientes experimentam significante estresse emocional, revolta familiar e, ruptura psicossocial. Desta forma, a presença das repercussões e dos temores gerados pela doença em seu cotidiano parece ser uma constante.

Serão abordados importantes tópicos relacionados à convivência com o câncer. Nesta rede de relações, o doente com câncer encontra-se atuando e interagindo como um ser marcado pela condição de portador de uma doença crônica.

6.1. CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO

A palavra 'câncer' é carregada de maldição e de morte. O nome da doença, ou seja, a palavra 'câncer', é evitada por quem a tem e por quem vai tratá-la. O câncer ainda é um tabu para o médico e para o paciente, que nem sequer pronunciam a palavra 'câncer'. Fala-se em 'tumor', em 'c.a', em 'neoplasia', em 'ferida brava', em 'doença ruim', 'aquela doença', mas evita-se a palavra que tanto amedronta.

Quando foi investigada a impressão ou a idéia que o paciente tinha da sua doença, observou-se que os que diziam ter câncer, associavam a palavra com uma doença grave, que acreditavam ser incurável ou que não sabiam se havia cura.

Os pacientes demonstraram dificuldade em conversar sobre a doença e muitas vezes, negavam o diagnóstico e, via de regra, não falavam sobre este, mas relatavam que não entendiam o que estava acontecendo com eles. As frases abaixo são um bom exemplo:

> *'Eu sou sadio, um homem sadio, não sei como foi aparecer esse caroço, nem gripe eu tenho'.*
>
> *'Eu Acho que ele fala, fala, mas tão tudo errado, é outra coisa, porque se fosse câncer já teria me matado... '.*
>
> *'Eu não acredito no mal que tô carregando, eu não quero pensar no assunto'.*
>
> *'Eu não sei, é até uma coisa esquisita, que inflamava... '.*
>
> *'Eu não penso na doença, senão ela acontece. Eu não tenho impressão nenhuma'.*

'Não tenho idéia nenhuma, não posso saber o que é, só os médicos... '.

'Sei lá... que não é coisa boa'.

'... fico mais sonso, sei lá... '.

'Tudo normal, não adianta falar que é tal doença'.

6.2. RELACIONAMENTO FAMILIAR

O diagnóstico do câncer tende a provocar modificações na dinâmica deste grupo familiar. Para os pacientes de cânceres na região da cabeça e pescoço, que compõem o grupo de estudos, notou-se que quando há fortes laços familiares, demonstrados pelos pacientes, o momento de hospitalização é vivido com maior angústia.

Ficou evidente que a situação vivida pela doença provoca preocupações e ansiedades no grupo familiar. Parece ocorrer que alguns pacientes se incomodam com a excessiva preocupação dos familiares com relação à situação de sua saúde. Outros pacientes parecem ficar satisfeitos com a preocupação de seus familiares, pois se sentem amados e protegidos pelo grupo familiar.

'Tô preocupado com a família. A saudade e preocupação é do sangue da gente'.

'Olha menina, é muita preocupação, a gente se preocupa com a família, filho... '.

6.3. IMPLICAÇÕES DO CÂNCER NO TRABALHO

O valor do desempenho em atribuições diárias, presente no discurso do paciente, reflete a importância atribuída ao trabalho no cotidiano destas pessoas, que se relaciona à manutenção do equilíbrio, que inclui as questões econômicas.

Observou-se que o cotidiano destes pacientes foi nitidamente marcado pelo trabalho. Muitos se encontram afastados por questões ligadas à saúde; algumas esposas de pacientes precisaram voltar a trabalhar, outros, por sua vez, tornaram-se dependentes da ajuda financeira dos filhos e parentes próximos.

Os sintomas da doença, em geral, provocam limitações do paciente em seu trabalho, prejudicando seu desempenho e sua profissão. Estas restrições mobilizam angústias ligadas à sensação de impotência.

6.4. SENTIMENTOS DEPRESSIVOS

Sentimentos de tristeza, preocupação, nervosismo, foram mencionados na fala de todos os pacientes com câncer, gerando reações depressivas diante do episódio de hospitalização e da doença.

'A gente perde até o jeito de viver, fica muito triste, eu não tenho mais entusiasmo de sair de casa, a gente fica muito triste... '.

'Tô nervoso, agora dá esse nervo, angústia, dá vontade de chorar só, sei lá, não dá para explicar... '.

'Não sei explicar, choro muito, fazia tudo certinho e aconteceu isso'.

'Ah... sinto muita preocupação com isso daqui, se vai para frente, se não vai, se vai ser curado... '.

'... preocupada com esse negócio que vai ter que cortar... '.

'Preocupada, sei lá, a gente chega neste estado'.

'Tô preocupada, me sinto atada... '.

'Ah, muita preocupação com isso daqui... '.

'Sinto muito triste e abalado... '.

'Ai... uma tristeza perdi a vontade de trabalhar, desanimei de tudo... '.

'Ai, é uma tristeza, não sei a razão, tô preocupada com a doença... '.

6.5. RUPTURA PSICOSSOCIAL

Constatou-se que alguns pacientes mostraram-se indignados com a reação das pessoas diante da doença. Estes pacientes demonstraram sentimentos de abandono, sentindo-se incompreendidos e discriminados, ressentindo-se do não-reconhecimento e do respeito, por parte do meio social, ao seu sofrimento.

> *'... a gente percebe que é afastado da sociedade e perde o valor, não tem valor nenhum'.*
>
> *'... desprezo da sociedade, as pessoas acham que vão pegar o câncer. Tenho a impressão que vão jogar a xícara fora ou separar o vasilhame. Quando eu vou abraçar e beijar eles tem nojo, tem medo e isto irrita. Não beijo mais como antes, e evito o abraçar e beijar. Minha família tem medo de pegar a doença, pego minha netinha no colo e meu filho olha para mim o que você está fazendo com ela?, vai passar isso para ela! , aí eu evito pegar também, eu já não abraço e beijo como antes, a sociedade despreza a gente, isola'.*

6.6. MEDO DA MORTE

O indivíduo acometido de uma doença crônica, como o câncer, é imediatamente estigmatizado como um forte candidato à morte. No discurso do paciente com câncer encontra-se a intensa presença da angústia e do medo da morte, do pavor da doença e de suas conseqüências.

> *'...tenho medo de cair morto, não tenho mais segurança'.*
>
> *'...a gente pensa que a doença não tem cura, que a gente vai 'batucar'... '.*
>
> *'Eu achei que ia morrer e fiquei pensando num monte de coisa, que ia espalhar... '.*
>
> *'... tenho medo de como vai ficar depois'.*
>
> *'O mais difícil é quando a gente quer viver e não morrer, tô com medo que a doença pegue tudo'.*
>
> *'... é um tumor que não tem cura, que espalha e se não cuida no comecinho morre... '.*
>
> *'To com medo que seja doença braba, um câncer, O câncer é uma doença que dói muito, o câncer mata, não tem cura, tchau belo, tchau belo A., ele mata'.*

6.7. ATITUDES DE RESIGNAÇÃO

Alguns relatos demonstraram a prevalência da resignação e da entrega a doença.

'Eu aceito tudo que vem, porque se revolta fica pior...'.

' Sou conformada, tenho uma tristeza, mas com Deus...'.

' Só Deus sabe, agente não pode fazer planos, não tem jeito, a gente tem ilusão, mas plano não, a gente não sabe o dia de amanhã'.

' Acho que sinto normal, aprende a conviver com o problema, aceita a realidade, que são coisas da vida, o que eu tenho que passar outro não passa'.

6.8. APOIO PSICOLÓGICO

Os pacientes de ambos os grupos saíam visivelmente aliviados, e tornou-se possível constatar-se a amplitude do sofrimento destes doentes, que muitas vezes sentem-se desamparados, demonstrando a necessidade de um profissional da área de psicologia ou psiquiatria, no alívio da angústia.

'Foi bom falar com você, passou até minha dor de cabeça'.

'Nossa, você tirou um peso das minhas costas, tava pesando uma tonelada'.

'Vou rezar para você, para que continue fazendo isto pela gente. A gente precisa disto. Vou rezar para que você tenha força para continuar, para proteger você'.

'Você conseguiu tranqüilizar 90% esta conversa, foi maravilhoso. Você ajudou espiritualmente e emocionalmente. Agradeço muito. Você me deixou tranqüila...'.

'Você realizou um sonho meu de conversar com uma psicóloga. Espero que você continue sempre o seu trabalho, você mudou a minha vida...'.

'Você é psicóloga, né? Foi com conversar com você, estava assustada, chorei tanto ontem, fiquei mais tranqüila...'.

Um paciente no meio da entrevista, comentou:

'Nossa, tá bom mesmo falar com você, como a gente fala..., desabafa.. Ter alguém para conversar é tão bom. A gente podia continuar? Esse diálogo é bom dialogar assim...'

7. CONCLUSÕES

Diante dos dados obtidos nesta pesquisa podemos concluir que:

1) Em ambos os grupos exibem a predominância da religião católica; possuem baixo padrão de renda socioeconômico, são migrantes nativos da zona rural, com trabalho em funções não qualificadas e mal remuneradas. Desta forma se apresentam incapazes de promover uma alimentação adequada às suas necessidades básicas, tendo como conseqüência o comprometimento do desenvolvimento psicofísico.

2) Verifica-se maior nível de escolaridade no grupo comparativo em relação ao grupo de estudo. Nota-se a importância da melhoria do nível educacional, a fim de que estes indivíduos possam ter maior percepção e, acesso a melhores cuidados com a saúde, contribuindo inclusive, de forma a influenciar o comportamento e mudanças de hábitos neste grupo de risco.

3) Houve diferença significativa em relação a sexo entre os enfermos. O grupo comparativo apresentou uma porcentagem maior de mulheres, 55,6%, enquanto o grupo de estudo apresentou 66,7% de pacientes homens, decorrente de uma variedade de fatores de risco, bastante conhecido, notadamente ocorre o consumo maior de tabaco entre o sexo masculino, em função do impacto de socialização de gênero do papel masculino. A influência dos amigos, membros da família que fumam, na iniciação e manutenção do vício é muito grande, principalmente quando estes servem como modelos de papéis.

4) O hábito de fumar é estatisticamente idêntico para os dois grupos. Contudo, houve maior concentração no grupo de estudo com hábito intenso de marca mais ordinárias e baratas de cigarros e fumo de rolo (cigarro de palha), enquanto no grupo comparativo a incidência maior é de cigarros com filtro.

5) Encontra-se maior concentração de pacientes na categoria que bebem muito no grupo de estudo, 55,6%, enquanto no grupo comparativo a porcentagem maior ficou para a categoria não bebe, 71,1%. A associação da alta ingestão de bebidas com maior teor alcoólico é um dos principais fatores de risco para o câncer cabeça e pescoço. Tem-se observado que o álcool pode servir para amenizar sintomas de ansiedade, prática esta que conduz ao abuso ou a dependência em aproximadamente 20% das pessoas afetadas.

6) Verifica-se que houve uma tendência de maior números de casados no grupo comparativo, enquanto no grupo de estudo o número de viúvos é maior. Estes dados são significativos, uma vez que, estudos recentes sobre esta patologia enfatizam a importância de vínculos afetivos satisfatórios, encontrando uma relação consistente entre saúde mental e maior apoio social. O contrário é visto com a associação entre situações de perda e separações e a predisposição ao câncer na população de viúvos.

7) Em termos de qualidade de vida, ficou demonstrado que nas sessões crenças pessoais, felicidade e satisfação, o grupo de estudo apresentou pontuação menor que o grupo comparativo. Este dado reflete a perda da fé e a desesperança largamente relatada na literatura, uma vez que os pacientes colocam em dúvida a própria espiritualidade, já que não encontram respostas e alento nas orações.

8) Observou-se que os pacientes que se apresentavam muito insatisfeitos com a saúde é significativamente maior no grupo de estudo. Reações de descrença e entorpecimento, raiva e depressão, acompanhada de sentimentos de abandono, perda de controle da própria vida, e de culpa por ter sido irrevogavelmente mutilados, são as experiências intensamente vividas por estes pacientes.

9) Constatou-se que o número de pacientes que declararam que a vida possui bastante significado é expressivamente menor no grupo de estudo em comparação ao grupo comparativo. Para o grupo de estudo as conseqüências desta grave patologia, câncer, estigmatizada com a idéia de morte, precipita uma reação de tristeza, caracterizado por sentimentos de intensa vulnerabilidade, desamparo e medo.

10) Os eventos estressantes que apresentaram diferença estatística com maior freqüência para o grupo de estudo, relacionam-se à morte de amigo intimo e problemas com parentes próximos. Estes achados contribuem para o aprofundamento de outros estudos que evidenciam que as perdas de uma relação significativas parecem estar freqüentemente associadas a estas situações, acompanhadas de forte sentimento de desesperança e abandono.

11) Verificou-se que o evento condenação à prisão foi assinalado apenas pelo grupo de estudo. Este dado nos leva à reflexão sobre a dificuldade destes pacientes em expressar sentimentos e emoções hostis, mostrando uma negação maciça de tudo que possa ser visto como socialmente indesejável, denunciando o temor do paciente da própria agressividade.

12) Os pacientes identificaram mudanças de nível de renda e mudança nas condições de vida como fatores estressantes. Além do seu desempenho e sua profissão, mobilizando angustias e o sentimento de impotência física, social e emocional.

13) O MMPI revelou diferença estatística significativa na escala F-Erro, maior no grupo de estudo quando comparado ao grupo comparativo. Estes dados indicam a possibilidade da presença de patologias particulares de ordem psicótica, tais como instabilidade e confusão mental.

14) Os dados refletiram diferenças estatísticas significativas na escala Hy-Histeria maior para o grupo comparativo, manifestando, portanto, um comportamento de expressão ativa de suas emoções frente à frustração, agressão e ou contrariedade, evidenciando desta forma um comportamento oposto ao grupo de estudo onde ocorre a supressão ou repressão de raiva ou agressão.

15) Os resultados do MMPI demonstraram valores maiores para os grupos de estudo em relação ao grupo comparativo nas escalas Pa-Paranóia, Pt–Psicastenia, Sc-esquizofrenia e Ma-Hipomania caracterizando o quadro de psicose. As características psicóticas parecem ser uma defesa às angustias insuportáveis ou uma alternativa desses enfermos diante da situação de perdas, num esforço de livra-se das dores existentes e em última estância de si mesmo.

8. PREVENÇÃO

A prevenção refere-se à mobilização de atitudes cujo objetivo é evitar ou prevenir o aparecimento do câncer. Esta etapa envolve ações tanto em nível individual quanto social, tomando por base o conhecimento acerca das causas e dos fatores associados à incidência da doença. A intervenção pode ocorrer em três níveis, como veremos a seguir.

8.1. INTERVENÇÃO EM NÍVEL PRIMÁRIO

Visa atuar sobre os estilos de vida, o comportamento alimentar e o estresse diário a que os indivíduos são expostos. Neste contexto os objetivos são:

a) Promover mudanças de atitudes e comportamentais que facilitem o surgimento de estilos de vida saudáveis. Por exemplo: Alertar a população em geral sobre a relação entre cigarro e álcool e os cânceres na região da cabeça e pescoço.

b) Promover o reconhecimento do papel de políticas econômicas, sociais, psicológicas e educacionais no estilo de vida da população. Esta intervenção requer orientação às autoridades e a população no sentido de que o controle do câncer não depende só dos profissionais de saúde, nem somente da população em geral, mas de uma política governamental clara que minimize a incidência da doença. Por exemplo: Controle sobre a venda de cigarros e bebidas alcoólicas para menores de vinte e um anos.

c) Promover mudança de hábitos alimentares. A intervenção ocorreria com o objetivo de divulgar a relação entre nutrição e câncer e motivar as pessoas a dotar uma dieta com mais fibras, frutas e verduras e menos gordura, enfim mais saudável.

d) Educar a população no sentido de desenvolver estratégias adequadas para lidar com situações estressantes do ciclo de vida, como a morte e a velhice. Seria utópico pensarmos em eliminar, mas é possível minimizar os efeitos do estresse ensinando precocemente a pessoa a lidar com estas situações que fazem parte da vida. Por exemplo: uma família que perdeu um ente querido pode ser atendida num processo conjunto ou de grupo para elaborar a perda, procurando minimizar reações de natureza psicossomática e evitando o comprometimento orgânico.

Os estilos de vidas aqui mencionados referem-se mais especificamente ao consumo de drogas (substâncias) tipo de alimentação e outros comportamentos individuais que possam oferecer risco à saúde. Para que os estilos nocivos sejam substituídos pelos saudáveis, torna-se necessária intervenção em níveis político, social, educacional e psicológico.

Torna-se importante esclarecer que o estresse não é visto objetivamente por todas as pessoas. Eventos estressantes semelhantes podem acarretar resultados emocionais, físicos e sociais diferentes, dependendo de como o indivíduo reage a eles. Por esta razão, o enfoque em modos de enfrentar problemas (*coping*), tem sido mais importante que o estresse em si.

8.2. INTERVENÇÃO EM NÍVEL SECUNDÁRIO

Diz respeito à educação para a detecção do câncer. Os objetivos são:

a) Informar a população em geral e a de alto risco sobre os procedimentos preventivos do câncer cabeça e pescoço.

b) Promover a aquisição de hábitos periódicos e sistemáticos de detecção precoce. Por exemplo: a realização de auto exame de pescoço.

c) Treinar profissionais de Saúde Pública para melhor informar e lidar com a população em geral e a de alto risco.

d) Promover a análise de fatores psicológicos e sociais responsáveis pela não adesão a programas preventivos.

A importância da atuação do psicólogo neste nível de intervenção vem sendo gradativamente reconhecida. Ela pode ser dar em nível individual, de equipes de saúde e até de forma mais ampla, com a utilização do conhecimento do psicólogo para assessorar a elaboração de campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde.

8.3. INTERVENÇÃO EM NÍVEL TERCIÁRIO

Refere-se às intervenções que deverão ser realizadas durante o processo de tratamento para maximizar as chances de sucesso. Os objetivos centrais são os seguintes:

a) Conduzir o paciente com câncer de cabeça e pescoço a aderir às prescrições de tratamento da melhor maneira possível ou assumir conscientemente as conseqüências e os risco de não aderir.

b) Promover o conhecimento de técnicas de enfrentamento *(coping)* em pacientes diagnosticados com câncer cabeça e pescoço e em diferentes estágios da doença.

c) Colaborar em vários tipos de resolução de problemas relevantes ao contexto de tratamento do câncer, tais como a comunicação do diagnóstico ou a preparação do paciente para a morte na fase terminal.

8.4. INTERVENÇÃO NA FASE TERMINAL

Os objetivos, nesta fase são inúmeros e podem abordar os mais diferentes aspectos presentes no contexto de morte da pessoa com câncer. Apresentaremos de forma sucinta, alguns:

a) Atender às necessidades emocionais da pessoa, considerando seus medos e ansiedades diante do sofrimento, da deterioração física e da eminência da morte.

b) Apoiar a família para lidar com as emoções presentes no contexto de morte e separação.

c) Apoiar a própria equipe de saúde envolvida com a atenção ao paciente terminal para que esta possa interagir melhor com a frustração e possíveis sentimentos de perda diante da morte de seu paciente.

d) Colaborar para que o tratamento oferecido à pessoa em fase terminal respeite sua dignidade e produza sua qualidade de vida.

Não é preciso vencer o câncer: ele tem de ser compreendido, para que nós também possamos compreender a nós mesmos(...)

A célula cancerosa, tal como os homens, acredita num exterior independente dela.

Essa crença é mortal. O antídoto para ela chama-se amor.(...)

O câncer não mostra o amor vivido; o câncer é um amor pervertido!(...)

Amar é tornar-se uno com o todo; o amor se expande para tudo e não se detém diante de nada.

A célula cancerosa vence todas as fronteiras e limites. O câncer elimina a individualidade dos órgãos.

O câncer se estende por tudo e não se detém diante de nada (metástases).

A célula cancerosa não teme a morte.

O câncer é o sintoma do amor mal compreendido

O câncer só sente respeito pelo amor verdadeiro

Dethlefsen & Dahlke

9. SUMMARY

The cancer should be studied as a Public Health matter, which reaches people of every age in every continent. It is considered the second main general death reason per disease in the entire world, it is responsible of 6 million of annual death (INCA, 2000). In the last years a huge scientific professional mobilisation of all health sciences was noticed in order to get more comprehension of the disease, new therapeutic methods and the cancer prevention.

This research had the purpose of distinguish the GE (Study Group) and GC (Comparative Group) patients by the social demographic point of view. The patients with head and neck cancer were studied comparatively related to their characteristics of personality with benign injure in oral cavity; the occurrence of stressed events which precede the perception of tumour injures and life quality of the two group patients after the incidence of diseases.

The comparative case was study as described by FORANTINI (1980). 45 forty-five patients of studying group whose diagnosis were considered primary cancer in head and neck region. They were admitted in the General Hospital at College Medical Science – Unicamp – São Paulo - Brazil.

An interview was made in accordance to the Social Demographic Characteristics of Questionnaire which has elements of identification, social demographic variable and relevant aspects to possible risk factors: smoking habit, drinking consume and food.

Some life quality aspects were tested by WHOQOL-100 inventory for evaluating the life quality of these patients after identifying the disease. A personality research was also made by means of Minnesota Personality Multifasic Inventory (MMPI), it was elaborated to ensure in only one test, the profile and the analysis of the most important personality characteristics. As well as the diligence of the Stressing Event Scale which contain 43 life events with not only the way of life but its involved individual occurrence too. The statistical difference was p=0,0080. Also noticing that the number of patients who declared the life has " very few" sense, it was not much relevant statistically in an amount of one GC patient. In the same way, one GE patient declared that the life has not "any" sense. Statistically the difference was evident of p=0,0027.

About stressed events it was observed that 40% of patients of study group and 36,6% patients of comparative group made reference to "death of closer relatives" in the 24 months before the disease came. 20 % of patients of studying group with p=0,00243 made reference to "death of closer friend". There was a significant statistical difference among the groups only for the F- Fault scale in MMPI, 63 % of average in GE, in comparison to GC, the 59% of average and P=0082, in Hy-histeria scale with 45% average in GE, in comparison to GC, with a 51% average and p=0=0356.

The MMPI results demonstrated higher values for studying groups related to comparative groups in Pa-paranoia, Pt - Psychoasthenya, Se- Schizophrenia and Ma – Hipomania scales which means a Psychosis scene according to the test.

CONCLUSION

Noticing that both groups showed the predominance of Catholic Religion, they presented social economic low-income, they were rural native immigrants, non-qualified job and bad remuneration. Therefore they had smoking habit statiscally equal, however there were more incidence of ordinary brand cigarette and smoking roll straw cigarettes in GE than GC, which the mayor incidence was the filter –tipped cigarette. One of neck cancer was the high ingestion of high alcohol level drink association. It was higher in GE, while GC had higher percentage for "do not drink".

The data demonstrated that the hysteria characteristics of personality were higher for GC and expressed an active expression behaviour of their emotions face to frustration, attack and annoyance; which showed evidence by this way of a "crying for help" behaviour. In opposition to GE group which showed anger, suppression and attack.

The hopeless was the opposite of "crying for help" expression, hence an indication of feeling and necessities blocked. This blocking configured the typical cancerous sick person together with the self-expression aside and an acceptance of microsocial suppression, beyond the intense necessity of harmony, idealisation and over adjustment.

Realising that these patients had a necessity to preserve themselves from any affective tremor and any idea, which caused the archaic conflict of risk hardly represented. This conclusion had been going on when the neurotic symptoms were not compensated. Reaching the over investment of the external reality, which contributed for the illusioned image construction of someone apparently very stable, able to face the unexpected life. As demonstrated, however, this process did not take to a defenceless structure but the opposite, of a solid defence against psychotic anguish. The psychotic characteristics seemed to be a defence for unbearable anguishes or an alternative of these sick people for losses. In order to get rid of their pain and of themselves at least. The review of literature was according to the data obtained.

It is extremely important to focus the similar characteristics but not equal from the two groups, which showed the GC as a high-risk group for developing a cancer. The Social Science had a commitment for educational training of professionals who should be able for identifying the personality profiles and risk behaviours.

In order to promote changes which supply new way of lives as well as multidisciplinary approach including risk factors, the prevention, the evolution, the treatment, the personality, the mourning through different medical sociological and psychological visions.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONSON, N. K. - Quality of life: what is it? how should it be measured? **Oncology, 2**: 69-74 1988.

ABRAMS, K.; KUSHNER, M.; LISDAHL MEDINA, K.; VOIGHT, A. - The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. ***Drug Alcohol Depend.,*** **1**;64(2):219-31, 2001.

AGRESTI, A; FINLAY, B - Statistical methods for the social sciences .***Dellen Publ.Co.,*** San Francisco, 1986.

AHMEDZAI, S. - Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. ***Eur. J. Surg.Cancer***, **31A**(S6): S2-S7, 1995.

ALEXANDER, F. - Psychosomatic medicine: it's principles and application. London, George Allen University Ltd, 1950.

ALMADA, S. J.; ZONDERMAN, A. B.; SHEKELLE, R. B. DAVIGLUS, M. L.; COSTA, P. T.; STAMBLER, J. - Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: the western electric study. ***Psychosom Med.,*** **53**(2): 165-75, 1991.

ALMEIDA, F. B.; ALCANTARA, T. S. M.; BEVILACQUA, R. G. Neoplasias primárias múltiplas tumores sincrônicos esofagianos: relato de caso. ***Acta Oncol. Brás.,*** **16**(2): 65-7, 1996.

ALVEZ, E. L. G.; SANTOS, A. D.; REIS, J. M. L.; PIRES, J. A (1981). **In:** ALBUQUERQUE, Z. P.; COSTA, M. F. T. V.; TADDEI, J. A. A. C. Prioridades de pesquisa aplicada ao planejamento em nutrição e alimentos. S. l. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, p. 229-67.

ANTONIOLI, D. A. (1993): Esophagus: **In**: HENSON, D. E. & ALBORES-SAAVEDRA, J. **Pathology of incipient neoplasia.** W. B. Saunders Company. Chicago.

BAHNSON, C. B & BAHNSON, M. B. - Role of the ego defenses: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. ***Ann. N. Y. Acacd. Sciences***, **125**:827-45, 1966.

BAHNSON, C. B. - Stress and cancer: the state of the art. Part. 1. ***Psychomatics***, **21**: 975-81, 1980.

BAHNSON, C. B. - Stress and cancer: the state of the art. Part. 2. ***Psychosomatics***, **22:** 207-20, 1981.

BALTRUSCH, H. J. F., SEIDEL, J., STAMGEL, W. e WALTZ, M. E. - Psychosocial stress, aging and cancer. ***Annals of the new york academy sciences,*** vol. 521, 1988.

BARBIERI, V. - ***Alcances e limitações da forma IRF do MMPI na avaliação de indivídos não alfabetizados da população brasileira.*** Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Tese de Mestrado, 1996.

BARTROP, R. W.; LUCKHURST, E.; LAZARUS, L.; KILOH, L. G. PENNY, R. - Depressed lymphocyte function after bereavement. ***Lancet,*** v. **1**:834-6, 1977.

BECH, P. - Quality of life measurements in the medical setting. ***European Psychiatry*** **10:**suppl. 3: 83-85, 1995.

BEJELKE, E. - Case-control study of cancer of the stomach, colon and rectum. **In** Oncology, 1970: proceedings of the tenth international cancer congress, Chicago. ***Year Book Med. Publ.,*** **5**:320-84, 1983.

BEJEROT, S., VON KNORRING, L., EKSELIUS, L. - Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. ***Eur Psychiatry,*** **15**(7): 395-401, 2000.

BENKÖ A., SIMÕES R. J. P. (Tradução e Adaptação). Inventário Multifásico Minesota de Personalidade - Manual. Rio de Janeiro; CEPA, 1962.

BERGNER, M. - Quality of life, health status, and clinical research. ***Med. Care,*** **27** (suppl. 3): S148-156, 1989.

BINGHAM, S. - Dietary fibre and regional large-bowel cancer mortality in Britain. ***Brit. J. Cancer,*** **40:**456-63, 1979.

BJORDAL, K; HAMMERLID, E; AHLNER-ELMQVIST M; GRAEFF, A; BOYSEN, M; EVENSEN J.F.; BIORKLUND, A.; LEEUW, J.R.J.; FAYERS, P.M.; JANNERT, M.; WESTIN, T; KAASA, S. (1999): Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire - H&N35.***J.Clin.Ooncol.,*****17**(3): 1008-19,1999.

BLUMBERG, F. M.; WEST, P. M.; ELLIS, F. M. - A possible relationship between psychological factors and cancer. ***Psychosom. Med.,*** v.16, p.277, 1954.

BOLTANSKI, L. - ***As Classes Sociais e o Corpo.*** Rio de Janeiro, Graal, 1989.

BONICATTO, S. C.; DEW, M. A.; ZARATIEGUI, R.; LOURENZO, L. PECINA, P. - Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. ***Soc. Sci. Med.*** ,**52**(6): 911-9, 2001.

BOTEGA, N. J. - ***No Hospital GEral: Lidando com o Psíquico, Encaminhando ao Psiquiatra.*** Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Tese de Doutoramento, 1989.

BRASIL. - Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.(Pro-Onco). ***Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil.*** Rio de Janeiro, 1997.

BRENNAN, J. A. MAO, L., HRUBAN, R. H., BOYLE, J. O., EBY, Y.J., KOCH, W. M., GOODAM, S. N. SIDRANSKY, D. - Molecular assessment of histopathological staging is squamous-cell carcinoma of the head and neck. ***N. Engl. J. Med.,*** v.332, 7:429-35, 1995.

BRUMINI, R.; TORLONO, H.; GOTLIEB, S. L. D.; HENSON, D. E.; SOUZA, J. M. P. - Câncer no Brasil: Dados Histopatológicos 1976-80. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, 1982.

CABRAL, M. A. A. ***Estudo Descritivo de Aspectos Psico-sociais de Pacientes Acometidos de Artrite Reumatóide, tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.*** Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Tese de Doutoramento 1985.

CABRAL, M. A. A. - ***Estudo descritivo de 62 histórias de vida de presidiários confinados em cárceres superpopulosos na região de Campinas***. Campinas, Universidade Estadual de Campinas. Tese - Livre Docência, 1989.

CARVALHO, V. A. - Atendimentos Psicossocial a pacientes de câncer- Relato de uma experiência. **In:** KOVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano, Casa do Psicólogo, São Paulo, 1992.

CASSORLA, R. M. S. - ***Da Morte - Estudos Brasileiros***. Campinas, Papirus, 1991.

CASTELLSAGUE, X., MUNOZ, N., De STEFANI E., VICTORA, C. G., CASTELLETTO, R., ROLON, P. A., - Influence of mate drinking, hot beverages and diet on esophageal cancer risk in South America. ***Int J Cancer,*** Nov 15; **88**(4):658-64, 2000.

CERNEA, C. R. - Tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: SCHWARTSMANN, G. e cols. ***Oncologia clínica: princípios e prática***. Porto Alegre, Pallotti, p.407-14, 1991.

CHABROL, H., FAURY, R., MULLET, E., CALLAHAN, S., WEIGELT, A., LABROUSSE, F. - Study of nicotine dependence among 342 adolescent smokers. ***Arch Pediatr,*** 7(10):1064-71, 2000.

COHEN S. R., MOUNT B. M., TOMAS J. J. N., MOUNT L. F. - Existential well being is an important determinant of quality of life. Evidence from the McGill Quality of life Questionnaire. ***Cancer,*** 77:576-86, 1996.

CONOVER, W. J. - Practical Nonparametric Statistics. New York: john Wiley & sons, 1971.

D'ANTONIO,L.,L.;LONG,S.A;ZIMMERMAN,G.J;PETERMAN,A.H,CHONKICH,G.D. - Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. ***Laryngoscope,*** **108** (6):806-11, 1998.

DATTORE, J; SHONTZ, F. C & COYNE, L. - Premorbid personality diferentiation of cancer and non-cancer groups: A test of the hypothesis of cancer proneness. ***J.Consult.Clin. Psychol.,*** **48**:388-94, 1980.

DE STEFANI .; RONCO, A.; MENDILAHARSU, M.; DENEO-PELLEGRINI, H. - Diet and risk of cancer of the upper aerodigestive tract--II. Nutrients. ***Oral Oncol,*** **35**(1):22-6, 1999.

DEITOS, T. F. H.; BRAGANHOLO, L. A.; GASPARY, J. F. P. - Qualidde de vida em pacientes com tumores cerebrais: considerações biopsicossociais & psiconeuroimunológicas. ***Rev. Bras. Neurol.***, **33**(4):179-187, 1997.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. - ***A doença como caminho. Uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem.*** Ed. Cultrix, São Paulo, 1999.

DIETZ, A.; HELLER, W. D.; MAIER, H. - Epidemiologische betrachtung von karzinomen im kopf-hals-bereich. ***Offentl-gesundheitswes,*** Oct; **53**(10): 674-80, 1991.

DIEZ, G., ROSA, W. - A comida, a dieta, o custo: mudança na cultura alimentar urbana. São Paulo, s.n, p.312, tab. graf., 1999.

DRASAR, l. S., IRWING, D. - Environmental factors and cancer of the colon and breast. ***Brit. J. Cancer,*** **27**:167-72, 1973.

DUNBAR, F. - Diagnóstico Psicossomático. Bueno Aires. S.E. Tchegayen, S. R. L., p. 572-74, 1950.

EIZIRIK, C. L. & FERREIRA, P. E. M. S. - Aspectos psicológicos no tratamento do câncer. In: SCHWARTSMANN, G. e cols. ***Oncologia clínica: princípios e prática.*** Porto Alegre, Pallotti. p.481-87, 1991.

EVANS, E. - ***A psychological study of cancer.*** New York: Dodd Mead, 1926.

FLECK, M. P. A, LEAL O. F e LOUZADA S. *et al.* - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). ***Revista ABP/APAL,*** 1998.

FLEISS, J. L. - Staticals methods for rates and proportions. ***John Wiley&Sons***_New York, 1981.

FONSECA, J. S. ; MARTINS, G. A.; - Curso de Estatística. São Paulo, 1994.

FOQUE, E. - Le problemè du cancer dans les aspects psychiques. ***Gaz.Hop.,*** **104**:824, 1931.

FORATINI, O. P - ***Epidemiologia Geral.*** Porto Alegre, Artes Médica, 1980.

FOX, B. H. - Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. ***J. Behav. Med.,*** **1**:45-133, 1978.

FRANCO, E. L.; KOWALSKY, L. P.; OLIVEIRA, B. V.; CURADO, M. P.; RAIMUNDA, N. P.; SILVA, M. E.; FAVA, A. S.; TORLONI, H. - Risk factors for oral câncer in Brasil: A case control study. ***Int. J. Câncer,*** **43**:992-1000, 1989.

FRANCESCHI, S.; FAVERO, U. U.; CONTI, E.; TALAMANI, R.; VOLPE, R.; NEGRI, E.; BARZAN, L.; LA VECHIA, C. - Relation of consumation of oil butter and oral and pharingy cancer incidence. ***Br J Cancer,*** **80**(3-4): 614-20, 1999.

FREDERICO, N. T.; MARCHINI, J. S.; OLIVEIRA, J. E. D. Alimentação e avaliação do estado nutricional de trabalhadores migrantes safristas na região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). ***Rev. Saúde pública,*** **18**(5): 375-81, 1984.

FREUD, S. - ***Duelo y melancolía.*** A. E.,tomo XIV, 1919.

FREUD, S. - O futuro de uma ilusão. **In:** ***O futuro de uma ilusão. O mal estar na civilização e outros trabalhos.*** Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago. V.21.(1927), 1974.

FREUD, S. - Uma réplica às críticas do meu artigo sobre a neurose de angústia - ***Primeiras Publicações Psicanalíticas.*** Rio de Janeiro, Imago, v.3 (1895[a]), 1975.

FUNK, G. F.; KARNELL, L. H.; DAWSON, C. J.; MEANS, M. E.; COLWILL, M. L.; GLIKLICH, R. E.; ALFORD, E. L.; STEWART, M. G.- Baseline and post-treatment assessment of the general health status of head and neck cancer patients compared with united states population norms. ***Head and Neck,*** dec. 1997.

GARCIA CARRETERO, L.; LEDESMA, J. U. M.; LLORCA, R. G.; BLANCO, G. A. L.; DELGADO, G. E.; MATIAS, P. J. - Personalidade e agressividade em pacientes com câncer. ***Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines,*** **18** (1): 34-46, 1990.

GIMENO, S. G., DE SOUZA, J. M., MIRRA, A. P., CORREA, P., HAENSZEL, W. - Risk factors for cancer of the esophagus: a case control study in a metropolitan area of south-eastern Brazil. ***Rev Saude Publica,*** **29**(3):159-65, 1995.

GORENSTEIN, C., ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. - Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Lemos-Editorial, São Paulo, 2000.

GRAHAM, S. - Toward a dietary prevention of câncer. ***Epidemiologic reviews***, **5**: 38-49, 1983.

GRANDA ORIVE, J. I., PENA MIGUEL T., GONZALEZ, QUIJADA S., ESCOBAR SACRISTAN J., GUTIERREZ JIMENEZ T., HERRERA DE LA ROSA A. - Smoking in young military men: attitudes and characteristics. ***Arch Bronconeumol,*** **34**(11): 526-30, 1998.

GREENE, W. H. - The psychosocial setting of the development of leukemia and Lymphomas. ***Ann. N. Y. Acacd. Sciences***, **165**:794, 1966.

GREER, S. & MORRIS, T. - Psychological attributes of womem who develop breast cancer: a controlled sutdy. ***J. Psychosom. Res.*** **19**: 147-53, 1975.

GREER, S. & MORRIS, T.; PETTINGALE, K. W. - Psychological response to breast cancer: effect on outcome. ***Lancet***, v. ii, p.785-7, 1979.

GREER, S. & WATSON, M. - Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. ***Soc. Sci. Med.***, **20:**773-77, 1985.

GRINBERG, L. - ***Culpa y depreción.*** Estudos Psicanalíticos. Buenos Aires, Paidós, 1978.

GRODDECK, G. N. - ***O livro disso.*** 2.ed., São Paulo, Perspectiva S/A, 1988.

GROSS, J. - Emotional expression in cancer onset and progression. ***Soc. Sci. Med.***, **28**:1239-48, 1989.

GROSSARTH-MATICECK, R.; BASTIAANS, J. & KANAZIR, D.T. - Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. ***J. Psychosom. Res.,*** **29:**167-76, 1985.

GUIR, J. - A psicossomática na clínica lacaniana. Ed. Jorge Zahar, São Paulo, 1983.

HAENSZEL, W. & CORREA, P. Cancer of the colon and rectum and adenomatous polyps a review of epidemiogic findings. ***Cancer***, **28:**14-24, 1979.

HAGEN, P. C., NUSS, D. W., ELLIS, M., LYONS, G. D.- Health care crisis: the head and neck cancer patient and affordable health insurance. ***Ear Nose Throat***; **72**(5): 334-40, 1993.

HAMADA, G. S; NISHIMOTO, I. N. & TORLONI, H. - ***Registro Hospitalar de Câncer: estatística de 1994.*** Rio de Janeiro, (Pro-Onco).Monografia do Registro Hospitalar de Câncer - Hospital A. C. Camargo, v. 1, 1997.

HAMMERLID, E.; BJORDAL, K.; AHLER, E. M.; JANNERT, M.; KAASA, S.; SULLIVAN, M.; WESTIN, T. - The prospective longitudinal quality of life study of patients with head and neck cancer: a feasibility study including the EORTC QLQ-C30. ***Otalaryngol Head Neck Surg.,*** **116** (6): 666-73, 1997.

HAMMERLID, E.; WIRBLAD, B.; SANDIN, C.; NERCKE, C.; EDSTROM, S.; KAASA, S.; SULLIVAN, M.; WESTIN, T. - Malnutrution and food intake in relation to quality of life in head and neck cancer patients. ***Head & Neck J. Sci. Spec. Head Neck.,*** **20**(9):540-48, 1998.

HELMAN, C. - Culture, healyh and illness. Bristol, London & Boston, Wright-PSG, 1984.

HENDERSON, J. M. - Suicide in head and neck cancer patients. ***J. Oral. Maxillo fac. Surg.,*** **55**(11): 1217-22, 1997.

HERMANEK, P. - ***TNM classificação dos tumores malignos - Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer.*** Rio de Janeiro, 1995.

HERMANN, C. P. - Spiritual needs of patient dying: a qualitative study. ***Oncol. Nurs. Foro,*** **28**(1): 67-72, 2001.

HIGGINSON, J. & MUIR, C. S. - Détermination de l' importance des facteurs environmentaux dans le cancer humain. Rôle de l' epidemiologie. ***Bull cancer***, **64**:365-84, 1977.

HOLMES, T. H. & RAHE, R. H. (1967): The social readjustment rating sacle. ***J. Psychos. Res.,*** **11:** 213-18, 1967.

INCA - O câncer no Brasil: determinantes sociais e epidemiológicos. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

JABLONKA, P. S. - ***Neurose Obsessiva e religião - revisão de conceitos freudianos.*** Pontifica Universidade Católica, Tese de Mestrado, 1975.

JALUKAR, V.; FUNK, G. F.; CHRISTENSEN, A .J.; KARNELL, L .H.; MORAN, P .J. - Healt states following head and neck cancer treatament: patienet, healt-care professional, and public perspectives. ***Head & Neck J. Sci .Spec. Head Neck.,*** **18**(3):600-8, 1998.

JOHNSON, E. H., GILBERT, D. - Familial and psychological correlates of smoking in black and white adolescents. ***Ethn Dis,*** **1**(4):320-34, 1991.

JUNG, C. G. - ***Psicologia e religião.*** Trad. Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha, Petrópolis, Vozes. Obras Completas de C. G. Jung, v. XI/1, 1990.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. - ***Compêndio de psiquiatria dinâmica.*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

KATSCHNIG H. - Measuring life stress. A comparision of the checklist and the panel technique. **In:** KATSCHNIG H. Life events and psychiatric disorders: controversial issues. Cambridge University Press, Cambridge, 1986.

KATSCHNIG H. - How useful is the concept of quality of life in psychiatry? ***Current Opinionin Ppsychiatry*** **10**(5): 337-45, 1997.

KATZ, S. - The science of quality of life. ***J. chron. dis.,*** **40**(6):459-63, [Editorial], 1987.

KEUTHEN, N. J., NIAURA, R. S., BORRELLI, B., GOLDSTEIN, M., DEPUE, J., MURPHY, C., GASTFRIEND, D., REITER, S.R., ABRAMS, D. - Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. ***Psychother Psychosom,*** **69**(5): 244-50, 2000.

KIERKEGAARD, S. - Traité du désespoir. Em Miettes philosophiques. Le concept de l' angoisse. Traité du désespoir. Paris, Gallimard, 1990.

KILEN, L. J.- Recent Results cancer res. ***J. Aetiology***.,. **83**: 11-20, 1982.

KIRKCALY, B. D.; KOBYLINSKA, E. (1987): Patients with breast cancer psychological characteristics. ***Psychother psychosom.,*** **48**(1-4): 32-43, 1987.

KISSEN, D. M. (1966): The significance of personality in lung cancer in mem. ***Ann. N. Y. Acacd. Sciences***, **125**:820-26, 1966.

KISSEN, D.M. - The value of a psychosomatic approach to cancer. ***Ann. N. Y. Acacd. Sciences***, **125:**177, 1966.

KJAERHEIM, K., GAARD, M., ANDERSEN, A. - The role of alcohol, tobacco, and dietary factors in upper aerogastric tract cancers: a prospective study of 10,900 Norwegian men. ***Cancer Causes Control*** **9**(1): 99-108, 1998.

KLEIN, M. - El duelo y su relacion com los estados maníaco-depressivos. **In:** KLEIN, M. ***Contribuiciones al psicanálises.*** Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1964..

KOENIG, H. G. - Psychoneuroimmunology and the faith factor. ***J Gend Specif Med.,*** **3**(5): 37-44, 2000.

KOUFMAN, J. A., BURKE, A. J. - The etiology and pathogenesis of laryngeal carcinoma. ***Otolaryngol. Clin. North Am***, **30**(1): 1-19, 1997.

KOVACS, M. J. - ***Morte e desenvolvimento humano***, Casa do Psicólogo, São Paulo, 1992.

KOWAL, S. J. - Emotions as cause of cancer: Eighteenth and nineteenth century contributions. ***Psychoanal.Rev.,*** **42**:217-27, 1955.

KROUSE, J. H., KROUSE H. J., FABIAN, R. L., - Adaptation to sugery for head and neck cancer. ***Laryngoscope.,*** 99:August, 1989.

KUNTZE M.; CORNU, C. M., BAHRO, M. - Ambulatory treatment of anxiety disorder. Behavior therapy and drug therapy approaches. ***Schweiz Rundsch Med Prax.,*** **15**;90(7):249-52, 2001.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. - Vocabulário da Psicanálise. Livraria Martins Fontes Editora, São Paulo, 1986.

LAUNOY, G., MILAN, C., DAY, N. E., PIENKOWSKI, M.P., GIGNOUX, M., FAIVRE, J. - Diet and squamous-cell cancer of the oesophagus: a French multicentre case-control study. ***Int. J Cancer***, Mar **30**;76(1):7-12, 1998.

LESHAN, L. L. & WORTHINGTON R.E. - Some recurrent life history patterns observed in patients with malignant disease. ***J. Nerv. Ment. Dis.,*** **124**:460-5, 1956.

LESHAN, L. L. - Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. ***J. Nat. Cancer Inst.,22***:1-18, 1959.

LESHAN, L. L. - An emotional life story pattern associated with neplasic disease. ***Ann .N. Y. Acacd. Sciences,*** **125:**807, 1966.

LESSA, I. - Doenças crônico-degenerativas. **In:** ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** Medsi, Rio de Janeiro, 1987.

LEWIN, F.; NORELL, S. E.; JOHANSSON, H.; GUSTAVSSON, P.; WENNERBERG, J.; BIORKLUND, A., RUTQVIST, L. E. - Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. ***Cancer,*** Apr **182**(7):1367-75, 1998.

LIST, M. A.; D'ANTONI0, L.; CELLA, D. F. ; SISTON, A.; MUMBY, P.; HARAF, D.; VOKES, E. - The perfomance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessement of cancer therapy-head and neck scale. ***Cancer,*** vol. 77. 11. 1996.

LLOYD, G. G. - Psychological stress and coping mechanisms in patients with cancer. **In:** Stoll B. A. Mind and Cancer prognosis, Inglaterra, ed. john Wiley and sons, 1979.

MAC FADDEN, M. A. J. - ***Contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manisfestações psicossomáticas..*** Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Tese de Doutoramento, 1993.

MALDONADO, M. T. - O Médico e a cliente próxima da morte. ***Feminina***, **6**(12) 930-34, 1979.

MAMERI, C. P. - ***Câncer em dezoito municípios do Estado de São Paulo: mortalidade e incidência.*** Escola Paulista de Medicina. Tese mestrado, 1998.

MARAN, A. G.; WILSON, J. A.; GAZE, M. N. - The nature of the head and neck cancer. ***Eur Arch Otorhinolaryngol.***, **250**(3):127-32, 1993.

MARTÍNEZ, M. O. G. - El nível de ansiedad desarrollado al dejar de fumar y el êxito em el tratamiento. ***Rev. Inst. Nac. Enf. Resp.,*** **6**(2): 88-91, 1993.

MARTY, P.; M'UZAN,M. & DAVID, C. - ***La investigacion psicossomática.*** Barcelona, L. Miracle, 1967.

MARTY, P. - A noção de mentalização, seu interesse em psicossomática. Palestra realizada em Sabor, Inglaterra, 1990.

MARTY, P. - ***A Psicossomática do Adulto.*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

MAYERS. C. - Defining and assessing quality of life. ***Br. J .Occup. Ther.,*** **58**(4):146-150, 1995.

McDONOUGH, E. M.; BOYD, J. H.; VARVARES, M. A.; MAVES, M. D.- Relationship between psychological status and compliance in a sample of patients treated for cancer of the head and neck. ***Head & Neck J. Sci. Spec. Head Neck.,*** **18**(3):269-76, 1996.

McDOUGALL, J. - Alexhithymia, psychoamatoses and psychosis internat. ***J. Psychoanal. Psychother.*** **9**:379-88, 1982.

McDOUGALL, J. - Em defesa de uma certa anormalidade. Artes Médicas, Porto Alegre, 1983.

McDOUGALL, J. (1985): Il paciente desafectiuzado - reflexiones sobre la patologia del afetto. ***Rev. Psicot. Psicoanalit.,*** **1**(4): 7-24, 1985.

McDOUGALL, J. - Corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado - Conferências Brasileiras. Traduzindo por Fernando Rocha, Rio de Janeiro, Xenon Editora e Produto Cultural, 1987.

McDOUGALL, J. - Teatros do eu. Livraria Francisco Alves Editora, Rio de Janeiro - SP, 1989.

McDOUGALL, J. - Teatros do Corpo - O Psicossoma em Psicanálise. Livraria Martins Fontes Editora, São Paulo - SP, 1991.

MELLO FILHO & MOREIRA (1992) **In:** MELLO FILHO, J. - ***Psicossomática Hoje.*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

MELLO FILHO, J. - ***Psicossomática Hoje.*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

MELLO FILHO, J. - ***Concepção Psicossomática: Visão Atual.*** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1994.

MENEZES, M. L. P. - Tendências atuais das migrações internas no Brasil. ***Rev Elect. Geog. Cien Soc.,*** **69**(45)1-15, 2000.

MICHALUART JUNIOR, P. - ***Inibição da cicloxigenase-2 por antioxidantes fenólicos: nova estratégia para a quimioprevenção do câncer de cabeça e pescoço.*** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tese Doutorado, 1999.

MILLER, T. & SPRATT JR, J. S. - Critical review od reprted psychological correlates of cancer prognosis. **In:** STOLL, B. A. ***Mind and cancer prognosis,*** Ed. John Wiley and sons, Inglaterra, 1979.

MOLIN, C. & ARRIGO, C. - Clinical trials and quality of life assesment: the nurses' viewpoint. ***Eur. J. Cancer.,*** **31A**(S6):S8-S10, 1995.

MONDINI, L., MONTEIRO, C. A. - Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira [1962-1988]. ***Rev. Saúde pública,*** **28**(6): 433-9, 1994.

MONROE, S. M., WADE, S. L. - Life events. **In:** LAST, G. G.; FERSEN, M. ***Handbook of anxiety disorders.*** Pergamon Press. New York, 1988.

MORAIS, P. B. - ***DIRCURSOS E INTERDITOS: A Medicina Frente a Pacientes Terminais de Câncer.*** Fortaleza, 1997.

MORRIS, T.; GREER, S.; PETTINGALE, K.W. & WATSON, M. - Patterns of expression of anger and their psychological correlates in womem with breast cancer. ***J. Psychosom. Res.,*** **25**:111-17, 1981.

MYTKO, J. J.; KNIGNT, S. J. - Body, notice and spirit: for the religiosity integration and spirituality in quality of cancer of life research. ***Psychooncology,*** **8**(5):439-50, 1999.

NAJAS, M. S.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; SACHS, A.; GUEDES, A. C. B.; SAMPAIO, L. R.; RAMOS, L. R.; TUDISCO, E .S. (1994): ***Rev. Saúde pública,*** **28**(3): 187-91, 1994.

NAVARRO, F. - Somatopsicodinâmica: sistemática reichiana da patologia e da clínica médica. Summus, São Paulo, 1995.

NEMIAH, J. C. - Alexithymia: theorical considerations. ***Psychother Psychoson.*** **28:** 199-205, 1977.

NESS, M., HOMANN, N., DISCHER, H. ANDI, T., ENDERS, C., HEROLD-MENDE, C., SCHUHMANN, A. , BOSCH, F. X. - Expression of mulated p53 in tumor-distant epithelia of head and neck cancer patients. Apossible molecular basis for the developmente of multiple tumors. ***Cancer Res.***, v.53, 4189-96, 1993.

NEVOLA, A. C. - ***Gastos com o diagnóstico e tratamento com radioterapia e quimioterapia no câncer avançado de cabeça e pescoço.*** São Paulo. Tese de mestrado, 1999.

NEWCOMB, P. A. & CARBONE, P. P. - The health consequences of smoking. ***Med. Clin. Am.,*** **76**:305-31, 1992.

NICHOLAS, D. R. - Men, masculinity, and cancer: risk-factor behaviors, early detection, and psychosocial adaptation. ***J. Am Coll Health,*** **49**(1): 27-33, 2000.

NORUM, J.; RISBERH, T.; SOLBERG, E. - faith among patient with advanced cancer. ***Care of support cancer,*** **8**(2): 110-4, 2000.

NOVOTNY, E. S. - Factors affecting adjustment to cancer. ***Bull Meninger clin.,*** **48**(4): 318-29, 1984.

OGIMOTO, I., SHIBATA, A., FUKUDA, K.- World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research 1997 recommendations: applicability to digestive tract cancer in Japan. ***Cancer Causes Control***,**11**(1): 9-23, 2000.

OLIVEIRA, J. A. C. - ***Qualidade de Vida de Estudantes Universitários de Educação Física***, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.Tese de mestrado, 1999.

OREGGIA, F., DE STEFANI, E., CORREA, P., FIERRO, L. - Risk factors for cancer of the tongue in Uruguay. ***Cancer*** **167**(1): 180-3, 1991.

PELLER, S. (1940): Cancer and its relations to pregnancy, to delivery and to marital and social status. ***Surg. Gynes. Obst.,*** 70:1.

PESSOA, F. - ***Obra poética,*** Ed. Nova Aguilar, Rio de Janeiro, 1983.

PERLMAN, J. - ***O mito da marginalidade.*** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

PETTINGALE, K. W.; MORRIS, T.; GREER, S.; HAYBITTLE, J. L. - Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. ***Lancet,*** v.i, p. 750, 1985.

PIAZZA, W. O. - ***Introdução à fenomenologia religiosa.*** Petrópolis, editora Vozes, 1983.

POMERLEAU, C. S., POMERLEAU, O. F., MCPHEE, K., MORRELL, E. M. - Discordance of physiological and biochemical response to smoking and to psychological stress. ***: Br. J. Addict,*** **85**(10):1309-16, 1990.

PREISIG, M.; FENTON, B.T.; STEVENS D. E.; MERIKANGAS, K. R. - Familial relationship between mood disorders and alcoholism. ***Compr Psychiatry.***, **42**(2): 87-95, 2001.

QUEIROZ, M. S. - O Paradigma Mecanicista da Medicina Moderna: Uma Perspectiva Antropológica. ***Rev. Saúde Públ.,*** **20**(4):309-317, 1986.

QUEIROZ, M. S. - Representações sobre saúde e doença. Campinas. Ed. Unicamp, 1991.

RAITIOLA, H. S., PUKANDER, J. S. - Etiological factors of laryngeal cancer. ***Acta Otolaryngol Suppl.***,**529**:215-17, 1997.

RANDALL, C. L, THOMAS, S.; THEVOS, A. K. - Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. ***Alcohol Clin Exp Res.,*** **25**(2):210-20, 2001.

REGESI, J. A., SCIUBBA, J. J. - ***Patologia Bucal - Correlações clinicopatológicas.*** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.

RIBEIRO, M. S., TEIXEIRA, L. S., RIBEIRO, L. C. (1997): Alcoolismo: utilidade do MMPI na identificação de subtipos de pacientes considerando dados de personalidade. ***Rev Bras Neurol,*** **33**(4): 207-13, 1997.

RIBEIRO, M. S., TEIXEIRA, L. S., ALVES, M. J. M., CASTRO, L. S. - Alcoolismo e MMPI: escala de MacAndrew e perfil de personalidade. ***Rev Bras Neurol,*** **34**(5): 181-92, 1998.

RIBEIRO, M. S. - Alcoolismo, personalidade e transtornos de personalidade: possibilidades diagnósticas e tipológicas. ***Medicina,*** **32**(1): 17-25, 1999.

RIVERA, M. A. A.; RIVERA, F. A. C. - Análise de alguns fatores determinantes da formação e evolução dos hábitos alimentares na Paraíba: alimentos mais freqüentes consumidos pelas famílias de baixa renda. ***Aliment. Nutr.***, 6(25): 46-8, 1985.

ROBINSON, E. & NEUGUT, A. I. - Second primary tumors in patients with head and neck squamous cell carcinoma. ***Cancer,*** **76**:(1684), 1995.

ROLON, P. A., CASTELLSAGUE, X., BENZ, M., MUNOZ, N. - Hot and cold mate drinking and esophageal cancer in Paraguay. ***Cancer Epidemio. Biomarkers Prev.***, Sep;**4(6)**:595-605, 1995.

SANCHEZ, C.; CLAUDIA, P.; GRAIZBORD; BORIS; CASEY; CLARE; GARRACHO; CARLOS, F.; RODRIGUES, F. - Consideraciones sobre la urbanizacion en la dieta, nutricion y estado de salud : definicion de comunidades urbanas e rurales en Estado de México. ***Rev. Nutr.,*** Vinha Del mar, 1989.

SAVOIA, M. G. - ***Relação entre eventos vitais adversos e mecanismos de coping no transtorno de pânico.*** Instituto de Psicologia da USP. Tese de Doutoramento, 1995.

SCHAVELZON, J. - ***Psicología y Cancer***. Buenos Aires, Piados, 1965.

SCHAVELZON, J - La rehabilitación del canceroso. ***Semana Médica,*** n.134: 1151, 1969.

SCHAVELZON, J. - El uso de la cirurgía para el tratamiento del cáncer. **In:** BERTOLA, J. - ***Cancerologiá básica.*** Buenos Aires, 1970.

SCHAVELZON, J. - La imagen del cáncer. **In:** Cáncer: enfoque psicológico. Buenos Aires, 1978.

SCHAVELZON, J. - Sobre Psicosomática e câncer. **In:** MELLO FILHO, J. (1992): ***Psicossomática Hoje.*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

SCHILLER, P. - A vertigem da imortalidade. Companhia das Letras, São Paulo, 2000.

SCHMALE, A. H. & IKER, H. - The psychological setting of uterine cervical cancer. ***Ann. N. Y. Acacd. Sciences,*** **125**:807, 1966.

SCHMIDT, L. G. - Alcohol drinking at the threshold of abuse. When is it really critical?. ***MMW Fortschr Med.,*** 7;**143**(23):20-2, 2001.

SCHOTTENFELD, D. - Alcohol as co-factor in the etiology of cancer. ***Cancer,*** **43:**1962-6, 1979.

SCHOTTENFELD, D. - Epidemiology of cancer of the esophagus. ***Semin. Oncol.,*** **11**: 92-100,1984.

SCHRIJVERS, D.; LEFEBVRE, J. L. & VERMORKEN, J. B. - Ongoing trials in patients with head and neck cancer. ***Eu. J. Surg. Oncol.,*** **23:** 476-85, 1997.

SHERMAN JR, C. D. - Câncer de Cabeça e Pescoço.**In:** HOSSFELD, D.K. & SHERMAN JR, C. D. ***Manual de Oncologia Clínica.*** São Paulo, 1991.

SHERMAN A.C. & SIMONTON-ATCHLEY, S. (1996): Psychological Aspects of treating oncology patients. **In**: MYERS, M. D.; SUEN, J. Y. ***Cancer of the head and neck.*** W.B. Saunders Company. United States of America.

SIFNEOS, P. E. - The prevalence of alexithymia characteristics in psychossomatics patients. ***Psychother Psychossom.*** **22**:244-262, 1973.

SILVA, A. C. P. - ***Medicina Psicossomática.*** São Paulo, Sarvier, 1976.

SILVA, A. F. & CALDEIRAS, G. - Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. **In:** MELLO FILHO, ***J. Psicossomática Hoje,*** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

SILVERSTEIN, B. - Cigarette smoking, nicotine addiction, and relaxation. ***J Pers Soc Psychol,*** **42**(5):946-50, 1982.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. - Caminhando com a vida de novo. Summus, São Paulo, 1987.

SKEVINGTON, S. M.; CARSE, M. S.; WILLIAMS, A. C. - Validation of the WHOQOL-100: pain management improves quality of life for chronic pain patients. ***Clin. J. Pain.*** **17**(3): 265-75, 2001.

SLAUGHTER, D. P., SUTHWICK, H. W., SMEJKAL, W. - Field cancerization in oral startifield squamous epithelium. Clinical implications of multicentric origin. ***Cancer,*** **5**:963-8, 1953.

SOBOLL, M. L. M. S. - Câncer de Reto Estudo caso-controle no Município de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tese de Doutoramento, 1985.

SOLER M, BOSETTI C, FRANCESCHI S, NEGRI E, ZAMBON P, TALAMINI R, CONTI E, LA VECCHIA C - Fiber intake and the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancer. ***Int. J. Cancer,*** Feb 1; **91**(3):283-7, 2001.

SOUZA, J. C. R. P. & GUIMARÃES, L. A. M. - Insomnia and Quality of Life University Undergraduate Students. ***Abstracts of the World Congress of the World Federation for Mental Health.*** 5-10 september, Santiago, Chile, 1999.

SPANGLER, J. G., SUMMERSO, J. H., BELL, R. A., KONEN, J. C. - Smoking status and psychosocial variables in type 1 diabetes mellitus. ***Addict Behav,*** **26**(1):21-9, 2001.

SPITZER, W. - State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. ***J. Chron. Dis.,*** **4**(6):465-471, 1987.

STAVRAVY, K. M.; BUCK, J. S.; WORKLIN, J. .M. - Psychological factors in the outcome on human cancer. ***J. Psychosom Res.,*** v12:251, 1968.

STELA, F. - A Relação Médico-Paciente: Aspectos Psicológicos. ***Estudos de Psicologia,*** **(2):**143-49, 1988.

STROUD, M. (1991): ***Convivendo com Câncer: Orientações práticas para os Pacientes e seus familiares.*** Petrópolis, ed. Vozes.

STRUTTMANN, T.; FABRO M.; ROMIEU, G.; ROQUEFEUIL, G.; TOUCHON, J.; DABDEKAR, T.; RITCHIE, K. - Rate of life quality using the WHOQOL100: differences among patient with senile and patient insanity with cancer. ***Int. Psychogeriatr.,*** **11**(3): 273-9, 1999.

SUNDQUIST, J.; BAYARD-BURFIELD, L.; JOHANSSON, L. M.; JOHANSSON, S. E. - Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. ***J. Nerv Ment Dis;*** **188**(6):357-65, 2000.

TAGLE, M. A. - Cambios en los patrones de consumo alimentario en America Latina. ***Arch latinoam. Nutr.,*** **38**(3):750-65, 1988.

TALMI, Y. P.; ROTH, Y., WALLER, A.; CHESNIN, V.; ADUNSKI, A.; LANDER, M. I.; KRONENBERG, J. - Care of the terminal head and neck cancer patient in the hospice setting. ***Laringoscope,*** 105:march 1995.

TAVARES, E. L., ANJOS, L. A. - Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. ***Cad. Saúde Pública,*** **15**(4): 759-68, 1999.

TAYLOR, E. J. - ***Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis.*** International University Press, 1987.

TAYLOR, E. J., OUTLAW, F. H., BERNARDO, T. R., ROY, A. - Spiritual conflicts associated with praying about cancer. ***Psychooncology,*** **8**(5):386-94, 1999.

TAYLOR, E. J. - Spirituality, culture, and cancer care. ***Semin Oncol Nurs.***, Aug;17 **(3):**197-205, 2001.

TAZAKI, M.; NAKANE Y.; ENDO, T.; KAKIKAWA, F.; KAWANO, H.; KURIYAMA, K., KUROKO. K., MIYAOKA, E.; OHTA, H.; OKAMOTO, N.; SHIRATORI, S.; TAKAMIYA, S.; TANEMURA, K; TSUCHIYA, R. - Qualitative results and field study that it uses the WHOQOL instrument for cancer patients. ***J. Clin Oncol.,*** **28**(2): 134-41, 1998.

TELIS, M. C. T. - ***Estudo sobre algumas características do comportamento Psicológico de pacientes com câncer avançado***. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp Tese de Doutoramento, 1986.

TEMOSHOK, L. - Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. ***Cancer surveys,*** v.6, 545-67, 1987.

TERRY P., LAGERGREN J., HANSEN H., WOLK A., NYREN O. - Fruit and vegetable consumption in the prevention of oesophageal and cardia cancers. ***Eur J. Cancer Prev.,*** **10**(4):365-9, 2001.

THOMAS, C. B. - Precursos of premature disease and death: The predictive potential of habits and family atitudes. ***Ann. Int. Med.*** **85**:653-58, 1976.

THOMAS, C. B.; DUSZYNSKI, L. R. - Closeness to parents and the family constellation in a pospective study of five disease states: Suicide, mental illness, malignant tumor, hypertension and coronary heart disease. ***John Hopkins Med. J.,*** v **134,** 251-70, 1974.

THORNE, P.; ETHERINGTON,D. & BIRCHALL,M. A.; - Head and neck cancer in south west of England: influence of socio-economic status on incindence and second primary tumours. ***Eur.J.Surg.Oncol.,*** **23**:503-8, 1997.

USDIN, G.; LEWIS, J. M. - ***Psiquiatria na prática médica.*** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1981.

VAN DER PLOEG, H. M. & KLEIJN, W. C. - Rationality and antiemotionality as a risk factor for cancer: concept differentiation. ***J. Psychosom. Res.,*** **33**:217-25, 1989.

VON-DOERSTEN, P. G., CRUZ, R. M., RASGON. B.M., QUESENBERRY, C. P., HILSINGER, R.L., - Relation between age and head and neck cancer recurrence after surgery: a multivariate analysis. ***Otolaryngol. Head Neck Surg.*** **113**(3): 197-203, 1995.

WARBURTON, D. M. -: Nicotine and the smoker. ***Rev Environ Health,*** **5**(4):343-90, 1985.

WATSON, C. G. & SCHULD, D. - Psychosomatyic factors in the etiology of neoplasms. ***J. Consult. Clin. Psychol.,*** **45**(3):455-61, 1977.

WEITZNER, M. A.; MEYERS C.; BYRNE, K. - Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. ***J. Neurosurg.,*** **84**:29-34, 1996.

WETTERLING, T. - Medical treatment of psychiatric comorbidity in alcoholics. ***Psychiatr Prax.,*** **28**(6):257-61, 2001.

WHALEN C. K.; JAMNER, L. D.; HENKER, B.; DELFINO, R. J.- Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. ***Health Psychol.,*** Mar;20 **(2):** 99-111, 2001.

WILLIAMS, R. R. & HORN, J. W. - Association of cancer sits with tobacco and alcohol consumption and socioeconomic status of patients: interview study from the Third National Cancer Survey. ***J.N.C.I.,*** **58**:525-47, 1977.

WINNICOTT, D. - Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. **In:** O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, (1963) 1988.

WIRSCHING, .M; STIERLIN, H. - Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. ***J. Psychosom. Res.,*** v. 26:1-10, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Protocol for new centers WHOQOL***. Genebra. WHO (MNH/PSF/94.4), 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales.*** WHO (MNH/PSF/95.1D Rev.1), 1995.

ZAIN, R. B.- Cultural and dietary risk factors of oral cancer and precancer--a brief overview. ***Oral Oncol*** . Apr; **37**(3):205-10, 2001.

LITERATURA CONSULTADA

AMARAL, M. T. C. (1994): Vivenciando o câncer com arte. **In:** CARVALHO, M. M. M. J. Introdução à Psiconcologia, Editorial Psy , São Paulo.

ANSCHER, M. S.; GOLD, D. T. - Literacy and laryngectomy: how should one treat head and neck cancer in patients who cannot read or write? ***South Med. J.,*** Feb; 84(2): 209-13, 1991.

AVENDANÔ Y. M. - Dependência al tabaco y ansiedad rasgo-estdo em estudiantes de Postgrado de uma Universidad privada de Lima. ***Psicoativa,* (16):** 91-108, 1998.

DOLTO, F. - La imagen inconciente del cuerpo. Barcelona, Paidós, 1986.

DRIESSEN, M.; MEIER, S.; HILL, A.; WETTERLING, T.; LANGE, W.; JUNGHANNS, K. - The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. ***Alcohol Alcohol,*** **36**(3): 249-55, 2001.

DROPKIN M. J. - Coping with disfigurement/dysfunction and length of hospital stay after head and neck cancer surgery. ***Orl Head Neck Nurs.,*** **15**(1): 22-6, 1997.

GREENBERG, R. P.; DATTORE, P. J. - The relationship between dependency and the development of cancer. ***Psychosom Med.,*** **43**(1): 35-43, 1981.

LOBATO, O. - Cuidado do paciente com doença terminal.Algumas considerações. ***Rev. AMRIGS,* 26:**218-22, 1982.

MEYER, B. C.; LYONS, A. S. - Rectal Ressections and Medical Management of its Sequelae; Report of case. ***Psychosom. Med.*** v.19, p. 152-7, 1957.

PEREIRA, C. A. A. - ***Um estudo da qualidade de vida universitária entre docentes da UFRJ- Praia Vermelha.*** São Paulo: USP - Instituto de Psicologia -Tese Doutorado, 1993.

TWYCROSS, R. G & LACK, S. -: ***Therapeutics in terminal cancer.*** London, Pitman, 1984.

ZATTA,S.M.; DIMAMBRO,I.A.; BURGOS,A.R.A.; GERTNER,S.K.; PINCZOWSKI,H.; GIGLIO A. (1998): Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer e dor Severa. ***Rev. Bras. Cancerologia,*** 3:13-7,1998.

11. RELATO DAS ENTREVISTAS

Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras. (...)
Há tanta cousa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente,
E demoradamente é nossa e nós...

11.1. GRUPO ESTUDO

CASO GE 01

HOMEM: B.A.G., 54 anos, colegial técnico, amasiado há 30 anos, natural de São Paulo capital, evangélico da Igreja Universal há 06 anos.

Viveu sete anos em São Paulo – Capital, mudou-se para o município de Osasco, onde viveu por 15 anos trabalhando como eletricista. Retornou para a capital onde permaneceu por mais cinco anos, na mesma função; vindo a mudar-se para Campinas onde reside desde então, atuando como técnico de manutenção em máquinas de panificação.

Sua religião é Jesus e tem como hábito religioso à oração, 'orar para tentar estar na presença de Deus'. Demonstrou desde o início da entrevista estar preocupado com os 'pecados que ele estava pagando com a doença, pois havia feito muita coisa errada'. Estava ansioso em falar e mostrava-se disponível vendo na entrevista, um momento para mostrar todo o seu arrependimento.

Possui dois irmãos, sendo um do sexo feminino e outro masculino, todos vivos e se refere ao irmão como 'gentinha', pois, bebe muito, mas tem boa saúde. Possui também quatro filhos, sendo três homens e uma mulher.

Nunca fumou ou teve o hábito de mascar, mas costumava tomar bebidas alcoólicas, até parar em noventa e quatro. Disse 'cansei da vida que estava levando, sempre com um vazio por dentro. Busquei Deus, já tinha cansado disso e me lancei nos braços de Jesus e sumiu, foi uma graça'.

Começou a beber pinga e cerveja com 17 anos e consumia dez copos de pinga e duas garrafas de cerveja por dia. Não bebia vinho 'tem pavor', pois ficava com dor de cabeça. Gostava de conhaque, 'ficava maluco'. 'Hoje não sinto mais vontade de beber, acho impressionante como isto aconteceu. Tomava o cérebro, era o diabo, era uma força demoníaca que me levava a beber'. Disse ter encontrado sentido na vida e que se encontra super preocupado com o serviço. Evita tomar café com leite, mesmo não sabendo explicar, 'tem medo de não sarar'. Nos falou ainda, que a água 'desce empedrada e que tem problemas na garganta', apesar de não haver nenhum diagnóstico de lesões ou tumorações na garganta, sendo sua lesão encontrada na cabeça do lado direito.

Gosta muito de carne vermelha e gorda; bacon defumado e carne seca salgada. Adora peixe, mas não come; queijo e ovos, se alimenta muito pouco, quase nada de verduras, frutas, legumes e cereais. Gosta de comida bem temperada, com bastante sal, doces e bolachas, comendo várias vezes ao dia.

Definiu-se como um pecador tendo praticado pequenos furtos na juventude que disse serem 'banais', na escola foi mandado várias vezes ao diretor por indisciplina. Sonhava em ser militar 'tinha esperança, mas não me aceitaram, porque era muito pequeno e magro'.

Preocupa-se muito com dinheiro, 'tenho que ganhar cem reais por dia' e coloca-se como único a pensar nas responsabilidades, 'sempre carreguei todo mundo nas costas. Ninguém tá nem aí'. Colocou ainda que não recebe nenhum apoio familiar e nos relatou que possui o pensamento diário de que, alguém anda tentando envenená-lo e roubá-lo. Sobre a tentativa do roubo disse: 'meu melhor amigo já me roubou'.

Disse estar sempre mal humorado e muito zangado, tendo vontade, freqüentemente, de quebrar algo. Sobre lugares altos disse: 'tenho vontade de pular'.

Contou à pesquisadora que é bastante preocupado com sua vida sexual 'sou obcecado por sexo, tenho fixação, penso muito nisso, é uma luta terrível, tenho que fazer o caminho de Jesus. Preciso de muito, uma não satisfaz e mil não contenta'.

Fez comentário de que 'não morro de amores por minha mãe. Não sei o que é isto, não sei falar isto – eu te amo – não dá'. Relatou em outro momento, que ao se apaixonar, tatuou o nome da esposa.

Quando indagado de como se sentia ultimamente, nos disse: 'Normal, estou nervoso, mas sou sempre assim, estou esperando os médicos para tirar isso (mostrando a lesão na cabeça), aí acaba tudo'.

Sobre suas impressões da doença que o afeta reagiu de forma firme e agressiva, 'eu não penso na doença, senão ela acontece. Tem este troço aqui (mostra lesão na cabeça), vou tirar para não virar coisa ruim, se a gente falar nisso acontece'.

Em relação às mudanças ocorridas em sua vida após o diagnóstico, manteve-se bastante reativo a afirmar: *'Não, não tem diagnóstico não, nem fale nisso, não tem nada, eu não falo a palavra (tumor ou câncer), isso não vai acontecer, é só não pensar nisso, tô fora'.*

E, sobre o que pretende realizar em sua vida familiar, profissional e social daqui para frente disse que pretende trabalhar e ganhar dinheiro, *'tem uma geladeira para eu consertar, o dono da padaria falou – como é que faz? Eu falei, espera eu voltar, quando eu sair eu arrumo. Se não arrumar ele tem que comprar uma nova, não compensa, sou importante para ele, eu conserto, saindo daqui vou lá consertar. Eu preciso ganhar dinheiro, trabalho por dia, tenho que ganhar os cem reais por dia. Do resto, tudo na mesma, faz trinta anos que vivo com ela* (amasia) *as brigas de sempre, mas é assim, faz trinta anos que a gente briga, ninguém vai mudar, é assim mesmo'.*

CASO GE 02

HOMEM: D.A.M., 84 anos, analfabeto, (lê e escreve mal), casado, natural de Caçapava - SP, católico há vinte anos.

Viveu aproximadamente dois anos em Caçapava – SP, onde nasceu; mudou-se para Assis – SP, onde residiu por 16 anos e começou a trabalhar na lavoura com oito anos de idade. Em Cambará – PR, residiu e trabalhou sempre como lavrador por 15 anos. Mudou-se para Santa Mariana – PR, onde comprou um sítio, trabalhando em sua própria lavoura por 40 anos. Atualmente reside em Campinas – SP.

Possui 11 irmãos, sendo quatro vivos e sete já falecidos, porém desconhece as causas das mortes. Possui também 15 filhos, sendo onze vivos e quatro falecidos: acidente de carro, derrame aos vinte e dois anos, queda de laje de construção e um deles o paciente desconhece a causa.

Nunca teve o hábito de fumar ou beber. Alimenta-se *'bastante'* de carne vermelha *'bem gorda, adoro picanha, costela e bife'*. Não gosta muito de peixe, *'como pouco'* e se alimenta muito pouco de queijo, ovos, verdura, legumes, raízes e tubérculos. Gosta muito de cereais (arroz), torresmo e frutas.

Relatou com orgulho que *'arranjei mulher fácil, porque não tinha vício. Meu irmão bebe, fuma e joga. Eu não. Quando meus irmãos caíam bêbados, eu não deixava bater neles. Se bater neles, é uma vez só, aí eles fugiam'*.

Sobre a infância relatou com mágoa, *'pai e mãe nunca dava conselho, eu dizia para eles, minha mãe era muito nervosa, eu dava conselhos para ela, meu pai batia muito, eu ia buscar ele caído e falava – oh pai não faça assim que se machuca, só sofre. Ele falava: é ruim mesmo, bebo e fumo, mas não faça isso. Meu irmão bebe, fuma, joga'*.

Contou-nos que depois de 30 anos a primeira mulher voltou para brigar pelos móveis com o advogado. Disse que *'ela levava a mais. Minha mulher me traiu com 16 anos de casado, levava nosso filho mais novo para fazer bobagem. Fiquei com quatro filhos, fiquei um ano sozinho, agora tá todo mundo unido, criei tudo sozinho e bem, tive que arrendar o sítio para dar a parte dela. Eu escrevi numa folha tudo que ela era, ela não agüentou a briga, era vagabunda. Atacou a cabeça, ela não agüentou 20 dias e morreu'*.

Continuou a falar da ex-mulher com amargura *'Venci tudo porque da paciência que eu tive, venci. Queria matar, segui ela, mas não peguei os dois juntos, aí eu entreguei para o pai dela. Aí, o pai avisou ela, ela sumiu, aí ficou com outro, só pinguço'*.

Reclamou da lesão *'só sinto a ferida, fico meio sonso, os filhos ficam preocupados, eu tô na base do sempre calmo, a família fica bem preocupada, ih... tem os filhos que me estimam demais, tem negócio de encrenca, às vezes que encarou eu falo – pode parar'*.

Sobre suas impressões ou idéias da doença que o afeta, relatou confuso 'não tenho impressão nenhuma, tá meio complicado, porque demora demais e apareceu outro, só a família tá preocupada, eu não, sempre fui assim. Faz seis meses que estou com dor, mas nunca chorei, só pro causa do filho que morreu de acidente'.

Disse resignado não ter havido mudanças em sua vida após o diagnóstico, *'fazer o que, tem que agüentar, se ficar apreensivo piora, porque a família fica pior'.*

Em relação ao futuro disse transparecendo toda a sua resignação *'não espero mais nada, não trabalho mais, não tenho mais sitio, só chácara, espero que a família ajude eu, as netaiadas em casa, aquele barulho, tem hora que gosto, tem hora que tem vontade de bater, mas eles gostam de mim'.*

CASO GE 03

HOMEM: M.I.G.L., 40 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Milha – CE, Católico.

Viveu 40 anos em Milhã – CE, trabalhando como agricultor. Morou por um período de três anos no município de São Paulo sem trabalho. Retornou à sua cidade natal, vizinho do sogro, onde há seis anos retomou as atividades de lavoura.

É católico *'toda a minha vida, é importante acompanhar Deus, ele é um só, creio nele porque chega aonde quer, não quero de jeito nenhum falar com o Demo'.*

Possui oito irmãos e seis filhos, todos vivos. Começou a fumar *'cigarro de palha, cigarro com filtro e cigarro sem filtro, tudo junto'* aos 22 anos *'para acompanhar os amigos'* e parou de fumar aos trinta anos.

Iniciou o consumo de bebida alcoólica aos 18 anos, um copo de pinga por dia e parou aos 40 anos por causa da doença. Cerveja bebia desde os 15 anos e parou agora, pelo mesmo motivo.

Toma muito café, sempre pelando. Gosta de chá e de sopa, também sempre pelando. Alimenta-se basicamente de carne, peixe, ovos e cereais (arroz), porém não consome nada de verdura, frutas e legumes. Gosta de raízes e tubérculos, mas come muito pouco.

Sentia-se *'feliz porque vou passar pela cirurgia, mas não vou cair, tem que ser otimista, não abaixar a cabeça, eu estou preocupado com a família. A saudade e a preocupação é do sangue da gente. Não pode largar, esta sempre com a gente. Estou afastado da casa, faz seis meses que tudo isto começou por causa da doença. Mas não sou de reclamar, tem que dar sucesso ao médico'.*

Mostrou-se triste e preocupado ao falar da família *'o mais difícil é estar longe de casa sozinho e da família, fico preocupado com os filhos, minha mulher ligou que meu filho tava com pneumonia e eu não podia fazer nada. Essa doença é difícil, tive que vir pra cá pra me tratar, tive que parar de trabalhar e perdi todo o dinheiro que tinha. Tive que vender uma vaca para a passagem, é tirar o sustento dos filhos, fica menos, é isto que eu tenho agora* (abre a carteira e mostra que está vazia), *estou caindo no poço. Não tenho dinheiro para comprar alimento para a família'.*

Não possuía uma idéia sobre a doença que tem, dizendo que: *'acho que não sei responder, não tenho a menor idéia do que causa os sintomas, estou esperando os médicos'.*

Parecia evitar o assunto e usou de negação quando relatou que o diagnóstico mudou sua vida para melhor *'mudou para melhor porque acredito em Deus e nos médicos, o restante é dos médicos, os exames estão bons, só que vai tirar...'.*

Preocupação e culpa em relação ao fumo e a bebida foi demonstrado *'bebida não dá camisa pro homem, dinheiro não tenho mesmo, tive que vender tudo para vir para cá'.*

Em relação ao futuro disse demonstrando necessidade de mudar seu modo de vida: *'quero readquirir a saúde e voltar ao normal, tenho muitas coisas boas que quero mudar, primeiro a saúde, segundo amar a Deus acima de todas as coisas, terceiro ser um bom amigo com os vizinhos e a sociedade sem inimigos. Sou delegado do conselho tutelar, fiscal de bebida alcoólica para menor, quero me dedicar mais. Quero passar a vida a limpo'.*

CASO GE 04

HOMEM, J.L.R., 55 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Araras, Católico há 50 anos.

Viveu 30 anos em Araras - SP, trabalhando como técnico em eletrônica – Radio e TV, mudando-se para Limeira - SP, onde viveu por sete anos na mesma função. Em Conchal – SP, onde vive até hoje, exerce a mesma atividade em eletrônica.

É católico e não possui nenhum hábito religioso específico. Possui sete irmãos, seis vivos, tendo um falecido de acidente de moto. Há histórico de câncer na família, sendo que o pai morreu de câncer na laringe e o irmão está se recuperando de uma cirurgia no mesmo local (mesmo diagnóstico do paciente). Possui 15 filhos, todos vivos e sem apresentarem nenhuma doença no momento.

Começou a fumar cigarros de filtro com 17 anos e fuma 20 cigarros por dia. Faz dez anos que bebe caipirinha com laranja, um copo grande por dia. Toma muito café com leite, '*sempre pelando*'.

Gosta muito de carne vermelha e gorda, bacon e carne defumada. Gosta de peixe, mas não muito e se alimenta muito pouco, quase nada, de verduras, frutas, legumes e cereais. Gosta de comida bem temperada, com bastante sal e de doces, comendo uma vez por dia.

Sente-se bastante cansado, com falta de ar, e com muito medo da dor *'apavoramento, fico apavorado e não consigo fazer nada, sinto muita dor'*, e disse precisar de muito medicamento para levar a vida. Tem bastante dificuldade para dormir, porque *'dói e começa a coçar e não durmo mais'*. Disse que antes era mais feliz e alegre e que *'perdi bastante valor com esta brincadeira*'. Não sente mais confiança em si mesmo, porque *'primeiro se via um perigo eu chamava, agora, não ouve'* (ele possui uma voz muito rouca e baixa). *Estou caindo, é ruim, poder salvar uma pessoa com um grito, agora não dá.'* Tem medo de morrer *'tenho medo de cair morto, não tenho mais segurança'*. Sente-se muito incomodado com suas dificuldades em exercer as atividades do dia-a-dia, porque *'tem que pedir todas as coisas, toalha, com que cara tem que falar, agora tem que escrever. Eles não entendem'*.

Mostra-se bem humorado e conta piada sobre seu vício pela bebida *'sabe que a bebida deixa eu mais bonito? Porque quando eu bebo minha mulher fala, muito bonito não!... bonito não!*

Disse que sente quase sempre um nó na garganta, *'como se um leão tivesse agarrado e não tirasse as patas'*. Tem medo de sangue *'chego até desmaiar'*, e *'maior pavor de lugar alto.'*

Ultimamente sentia-se *'muito triste e abalado, apavoramento de saber da doença, não consigo conversar e fico louco e atacado, sinto muito desprezado na sociedade'*.

Possuía uma impressão muito ruim da doença e disse que *'não se pode expressar para os outros o que é a doença, tenho muito mau impressão, muita tristeza, não se expressa, a gente percebe que é afastado da sociedade e perde o valor, não tem valor nenhum, dá desânimo, perde a vontade de muita coisa'*.

Relatou que mudou muita coisa em sua vida após o diagnóstico, que sentia o *'desprezo da sociedade, as pessoas acham que vão pegar o câncer. Tenho a impressão que vão jogar a xícara fora ou separar o vasilhame. Quando eu vou abraçar e beijar eles tem nojo, tem medo e isto irrita. Não beijo mais como antes e evito abraçar e beijar. Minha família tem medo de pegar a doença, pego minha netinha no colo e meu filho olha para mim e diz – o que você está fazendo com ela? Vai passar isso para ela! Aí, eu evito pegar também, eu já não abraço e beijo como antes, a sociedade despreza a gente, isola, a gente perde o valor'*.

Neste momento, perguntou à pesquisadora: *'Essa doença pega? E se tiver no sangue, passa? E as pessoas da família que tem o mesmo sangue, vai ter isto também? Beber e fumar provoca isto, né! Já ouvi falar. Acho que algo vai lá e machuca, eu tomei buchinha do norte para catarro, limpou tudo, não sabia da onde saia tanto catarro, mas daí começou a ferida, começou a doer e não parou mais'*.

Em relação ao futuro disse que *'pretendo sarar e trabalhar, cuidar da minha família, ficar livre da doença, voltar a cantar de novo, eu tocava violão e cantava sabe... gosto muito de cantar. Tem transplante de cordas vocais? Os médicos falaram que não conhecem nenhum estudo, quem sabe pra frente, né? No futuro... eles dizem* (os médicos) *que eu não vou falar mais. Meu irmão operou do mesmo problema e tá falando bem, quem sabe eu também. A dor judia, tenho muita dor, tem uma dor muito forte, quando ela vem fico apavorado, é um apavoramento. Acho que vai vir uma dor maior e vou cair morto, tenho medo de morrer. Tenho que tomar remédio vinte e quatro, quarenta e oito horas por dia* (tentando demonstrar o quanto necessita da medicação), *meu estômago dói'*. Mostrando um remédio que tirou do bolso, completa *'o médico deu um remédio grande, branco, que acabou comigo, voltei nesse'*.

CASO GE 05

MULHER: S.F.A.M., 42 anos, colegial, casada, natural de Tambaú, Testemunha de Jeová.

Nasceu em Tambaú – SP, onde viveu até os cinco anos, mudando-se para Pirassununga – SP e residindo neste local por seis anos. Mudou depois para Campinas – SP, onde morou por mais seis anos e posteriormente em São Paulo – SP, por 12 anos, trabalhando como bancária durante seis anos. Atualmente mora em São João da Boa Vista – SP, em função da transferência do marido que trabalhava nos correios, iniciando suas atividades como artista plástica.

Possui oito irmãos, todos vivos, e uma filha. Nunca teve o hábito de fumar e beber. Gosta muito de café, consumindo cinco xícaras grandes por dia e sempre muito quente - *'pelando'*. Toma muito chá e café com leite, sempre quente.

Gosta pouco de carne vermelha, come peixe e queijo regularmente, mas alimenta-se muito pouco, quase nada, de verduras, frutas, legumes e cereais. Não gosta de comida bem temperada. Adora doces, dizendo comer muito, três vezes ao dia.

O pai e o avô materno apresentam doença do coração, possui um tio falecido com diabete e nenhum histórico anterior de câncer.

Mostrou-se interessada na entrevista, pois no dia anterior chorou muito, porque, quando foi tirar raio-x, encontrou outra paciente que já havia sido submetida a cirurgia de câncer cabeça e pescoço e ficou bastante abalada com o que viu. Teve uma crise de choro e precisou ser socorrida, que segundo consta mobilizou a equipe do raio-x, necessitando de apoio e calmante. Demorou muito para se recuperar e acalmar-se, assustando muito ao marido que a acompanhava. Colocou que seria bom conversar com alguém e com os olhos lacrimejando, relatou que *'eu já tinha um pouco de depressão, sempre tive depressão, toda a minha vida'.*

Ultimamente, sentia-se *'mais deprimida, tenho um emocional equilibrado, não que eu não aceitava a doença, mas estava deprimida, triste, ansiosa. Tenho angústia, ando tão tensa e tão nervosa, estou muito preocupada'.*

Começou a chorar, chorando em silêncio por um bom tempo. Contou que veio encaminhada por médico particular, sendo que este se negou a realizar a cirurgia, devido à possibilidade dela ficar rouca e poder processá-lo; *'e que a Unicamp ninguém processa'.*

Mostrou não possuir conhecimento sobre a doença, acreditando ser esta uma doença que *'tomava o corpo da pessoa e ia destruindo, o órgão alvo era ao acaso'.* Desconhecia haver estágios, evolução, riscos e tratamentos para os diferentes tipos de câncer, assim como diferentes seqüelas também. Ao receber informações básicas sobre a doença por parte da pesquisadora, demonstrou alivio e tranqüilidade, ficando mais segura em relação à patologia e bastante aberta para entrevista.

Disse que *'cresci ouvindo que o câncer é uma doença medonha, destrutiva. Eu tenho pavor de ir ao médico e saber que tudo vai mudar e isto me apavora e ainda ter que ficar acompanhando a doença'.*

Sentiu-se bastante fragilizada e amedrontada com o diagnóstico. Chorando nos contou, *'eu fiquei mais frágil, sempre fui muito sensível, não estou conseguindo achar meu limite, não me dou com doença. Eu não tenho vontade de fazer sexo e conversar, fiquei mais egoísta. Não consigo apoiar meu marido, ele está com problemas no trabalho, a situação financeira está difícil, não consigo ajudar ninguém'.*

Continuou seu relato, demonstrando que se sentia pressionada e solitária, *'os próprios amigos cobram uma atitude positiva da gente, dizem que está tudo bem, que não é nada, que conhecem outras pessoas e acabou tudo bem. Mas, eles não sabem o que acontece aqui dentro da gente* (gesticula com a mão, apontando para o peito). *O que você está sentindo. Então você se cobra muito, de ter de ficar bem, de não sentir nada, de rir para todo mundo, de mostrar por fora que está tudo bem e ai eu me sinto muito sozinha, muito sozinha mesmo... Não posso falar nada para ninguém!'*.

Relatou com tristeza sua relação familiar, *'eu não quero preocupar ninguém. Meu marido, por exemplo, está cheio de problemas, problemas de trabalho. Ele adora o trabalho dele, ama, e só pensa no trabalho dele, só trabalha, trabalha. Não posso conversar com ele, preocupar ele, então, guardo tudo para mim. Ele é companheiro, minha filha é amorosa, tenho bons amigos, tenho apoio. Mas eles não querem ouvir falar da doença, têm medo de câncer. Não querem saber que existe doença ou esta doença, passam por cima; falam como se eu não tivesse nada, como se ela não existisse, e ela tá dentro de mim. Aí, eu fico muito ansiosa, preocupada, angustiada, não quero preocupar eles. Então, fico calada, tenho vontade de chorar. Eu tenho medo, eles têm medo. Estou muito assustada, muito triste'*. Demonstrando nesta fala, o conflito interno frente a doença e o processo de negação familiar.

Daqui para frente nos disse *'quero melhorar mais o meu trabalho. Depois que esta fase passar quero me dar melhor com minha família. Sou muito geniosa, quero ser mais tranqüila, porque guardo tudo para mim, eu não gosto de ser um peso, tirar o sossego dos outros, não gosto de preocupar ninguém. Quero ser mais amiga, ajudar todo mundo, ajudar minha filha'*.

CASO GE 06

HOMEM: A.M., 59 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Guaxupé – MG, Católico.

Viveu um ano em Guaxupé - MG e mudou-se para Gorita - GO, onde trabalhou na roça por seis anos e *'peguei anemia e fiquei muito doente'*. Mudou-se para Rio Verde – GO, onde trabalhou por nove anos na roça de algodão. Mudando-se depois para Mococa – SP, onde vive há 35 anos. Trabalhou nove anos na CESP, outros cincos anos em plantações pequenas. Atualmente, aproximadamente, 25 anos trabalha como pedreiro.

Possui oito irmãos, sendo sete vivos e um falecido de *'paralisia cerebral'*. Possui histórico de câncer na família, tendo vários tios e uma tia do lado paterna morrido de câncer, apesar do paciente não saber especificar o tipo.

Nunca teve o hábito de fumar ou beber. Consome pouco café, chá ou água, porém, gosta de café com leite. Alimenta-se bastante de carnes, peixe raramente, queijo, ovos e tubérculos moderadamente. Não se alimenta de legumes, muito pouca verdura, mas consome bastante frutas e cereais.

Nos contou *'eu sempre gostei das coisas direito, sou honesto, trabalhador, de lidar certinho com as coisas. Toda vida não gostei de ficar parado, tinha que ficar trabalhando ou pescando. Em casa eu ficava nervoso e dali a pouco passava e ficava tudo bem. Nunca fui agressivo, sempre controlado. Nunca briguei com a minha mulher, ficava bravo com os meus filhos para corrigir, nada de agressão. Ficava nervoso com a parte financeira, trabalhava por conta* (autônomo) *e não dava o dinheiro, às vezes o outro não pagava a gente e ficava todo enrolado. Mas, ficava controlado. Sempre tive bastante controle. Eu acho que eu me sinto muito bem, porque a gente tem que controlar com aquilo que Deus controlou para a gente'*.

Ultimamente sentia-se bem e disse que aprendeu a conviver com o problema *'ah... eu acho que sinto normal, no começo achei... bastante chocado e difícil, depois melhorou. No começo esperava uma coisa e deu outra. A gente fica deprimido, mas minha filha sentou duas horas comigo e começou a praticar mais a religião, aceitar a realidade, que são coisas da vida, o que eu tenho que passar outro não passa'*.

Mostrou-se esperançoso ao falar de suas impressões sobre a doença *'a impressão que eu tenho é que Deus ilumina a mão do médico e vence a parada, porque primeiro é Deus, depois a medicina e eu vou ficar bom. A gente pensa que a doença não tem cura, que a gente vai batucar* (morrer), *mas agora tem esperança de que o médico opera e a gente fica bom, não é ter pensamento negativo'.*

Mencionou que pouca coisa mudou em sua vida após o diagnóstico *'não mudou não, minha família é bastante unida e ajuda muito. Meu sobrinho veio de São Paulo e trouxe coberta pra mim e outros parentes me visitam'.*

Sobre seus planos de vida disse que *'no momento acho que uma coisa real é que a gente sare e fique junto com a família e no trabalho não dá mais pra trabalhar, não dá pra fazer força'.* E salientou fervoroso: *'que Deus me ajude a sarar...'.*

Durante a entrevista comentou que sua maior preocupação era que *'tava esperando a chamada da Unicamp, porque é uma coisa que não pode demorar'.*

Queixou-se também de que sente depressão *'quando as pessoas que a gente confiava tanto trai a gente, como aconteceu com um irmão meu, depois voltou as boas, pus uma pedra em cima, hoje ele está arrumando dinheiro para mim'.*

Gosta de falar de si mesmo *'tive uma dor de cabeça que durou vinte anos, era foco no cérebro, tomava oito comprimidos por dia, mas nunca preocupava com a dor, dava o horário para trabalhar e eu ia. Um dia uma mulher católica benzeu e sarou, era ramo de ar* (dor de cabeça proveniente de reflexo em vidros ou espelhos nos olhos), *agora é difícil dar dor de cabeça'.*

Após se despedir, voltou-se para a pesquisadora e disse *'foi bom falar com você, passou até minha dor de cabeça'.*

CASO GE 07

MULHER: T.M.B., 60 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada natural de Conchal – SP, Evangélica.

Nasceu em Conchal – SP, onde viveu por 39 anos, sendo que trabalhou durante 20 anos na roça. Mudou-se para Pirassununga – SP, vivendo e trabalhando como colhedora de laranja e algodão por 23 anos.

Possui dois irmãos e três filhos, todos vivos. Há histórico de câncer na família, a mãe e dois tios, porém não sabe especificar o tipo.

Começou a fumar cigarro sem filtro aos 15 anos e parou com 60 anos, quando fumava 15 cigarros por dia. Não possui o hábito de tomar bebidas alcoólicas. Gosta de café e café com leite sempre quente, pois consome pouca água durante o dia.

Alimenta-se bastante de carne, *'gosto de qualquer uma'*. Não come peixe, queijo, ovos e frutas raramente. Cereais (arroz) regularmente, raízes e tubérculos esporadicamente.

Chorou muito de cabeça baixa, cerrando os lábios e pressionando os olhos. Sentia-se bastante deprimida e desolada *'não sei como explicar, choro muito, antes estava bem, não tava com medo, fazia tudo certinho, e aconteceu isso* (a doença), *agora choro até na igreja'*. Começou a chorar novamente, desta vez sem controle.

Com tristeza comentou *'eu já passei por tanta coisa que você nem sabe... já tive de tudo, de tudo que é doença. Tive gastrite, doía muito meu estômago, agora que eu achava que tava tudo bem, vem isso. Não tem jeito mesmo, fica sempre tudo ruim. Quando cheguei aqui, vi aquela mulher* (referindo-se a paciente do leito ao lado cuja cirurgia na boca já havia sido realizada) *fiquei apavorada, chorei muito, não consigo parar de chorar desde que cheguei aqui'*.

Voltou a chorar demonstrando não possuir conhecimento sobre a doença. Desconhecia haver estágios, evolução, riscos e tratamentos para os diferentes tipos de câncer, assim como diferentes seqüelas também. Procurou os olhos da entrevistadora,

enquanto tentava enxugar as lágrimas. Ao receber informações básicas sobre a doença por parte da pesquisadora, demonstrou alivio e tranqüilidade, ficando mais segura em relação à patologia, cessando por fim o choro compulsivo.

Sobre sua história de vida, nos contou *'meu marido bebia muito e castigou muito eu, fazia de tudo, só não batia por causa dos filhos, eles são homens e entravam na frente dele, senão tinha sido pior, teria apanhado muito. Com meu marido já perdi o amor, não tem mais nada. Eu gosto de me mexer, eu ia na casa das noras e arrumava a cozinha delas, chegava lá e tava tudo sujo, aquela pia assim* (fazendo um arco no ar) *e elas deixava, ai eu parei, não vou se empregada de ninguém, elas nem agradece. É difícil mas deixo tudo lá, sujo, só arrumo a minha, não sou mais tonta não'.*

Preferiu não falar sobre suas impressões da doença, agindo com negação *'sei lá..., que não é uma coisa boa, não sei dizer o que é'*, assim como evitou comentar o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada'*.

Mostrou-se sem expectativas ou planos para o futuro, demonstrando conformismo, dizendo *'nada mais, com uma idade desta, não tem como pensar mais nada, se fosse mais jovem podia pensar, teria tudo pela frente, agora não passa nada pela cabeça'.*

CASO GE 08

MULHER: A.S.C., 58 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada, natural de Bragança Paulista – SP, crente.

Paciente não sabe dizer ao certo quanto tempo morou na cidade em que nasceu. Posteriormente, residiu durante 19 anos em Santana de Parnaíba – SP, trabalhando como lavradora por oito anos. Mudou-se para Caieiras – SP, morando seis anos na área urbana, pois o trabalho que realizava era de doméstica. Fixou residência em Jundiaí – SP, onde mora a 40 anos. Nesta última cidade trabalhou, também, durante seis anos como doméstica.

Possui três irmãos e seis filhos, todos vivos. Relatou como doenças na família, a mãe tem problema do coração e a tia tem pressão alta.

Começou a fumar cigarro com filtro aos 16 anos declarando *'sei lá, comecei por bobeira'*. Consumia 30 cigarros por dia, vindo a parar a pouco tempo, aos 58 anos de idade.

Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café frio, bebendo um litro por dia. Chá também frio, dois copos diários. Café com leite morno, uma vez ao dia e água, dois copos por dia.

Consome pouca carne, apenas uma vez na semana. Verdura, frutas, legumes e cereais come todos os dias. Raízes e tubérculos, duas vezes na semana. Não consome peixes, leite, queijo, ovos, e doces.

Quando questionada de como se sente ultimamente, nos relatou *'ah... eu sinto cansada, preocupada e medo de operá. Ah... sei lá, sempre dá medo, fico pensando no que vai acontecer, como vai ser depois, porque o Dr. M. falou que não vou falar depois. Ah... isso me deixa nervosa, opera e não fala, então não opera, deixa como tá, porque se não operar a gente morre mais logo'*.

Ao falar das impressões que tem sobre a doença comentou *'ah... não tenho a menor idéia, não. Não quero nem falar disso!'* Demonstrando uma evidente angústia frente à patologia, utilizando-se de negação para enfrentamento da doença.

Estava bastante nervosa e deprimida ao relatar o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'ah.... sei lá, já que mudou, fica dentro de mim mais triste'*. Começou a chorar, se levantou para tomar água, dizendo com desalento *' vamos vai... '*.

Ainda demonstrando abatimento ao ser indagada sobre planos para o futuro em sua vida, nos contou *'eu queria a ter saúde para cuidar da minha casa e cuidar do neto, acho que é só'*, deixando claro para a entrevistadora o sentimento de derrota sentido pela paciente frente à doença.

CASO GE 09

HOMEM: P.S., 36 anos, primária, casado, natural de Dourados – MS, Católico.

Durante 16 anos residiu em Dourados - MS e trabalhou na roça por oito anos. Mudou-se para Santa Bárbara d'Oeste – SP, onde vive a 22 anos trabalhando como pedreiro. Possui cinco irmãos e dois filhos todos vivos. Começou a fumar aos cinco anos, porque *'via meu pai fumar, sabe como é...'* atualmente fuma três cigarros de palha por dia e oito cigarros com filtro.

Consumiu bebida alcoólica desde os 20 anos, dois copos de pinga por dia e três garrafas de cerveja por semana, mas afirmou ter parado de beber a três meses da data desta entrevista, em maio do ano dois mil. Gosta de café, sempre quente e consome bastante água e refrigerante.

Gosta *'bastante de carne, uma picanha, costela, um bife'*. Peixe *'gosta de qualquer um'*, porém consome pouco. Adora leite gelado, consome verduras e cereais regularmente, mas não se alimenta de frutas, legumes ou doces.

Comentou sobre a dificuldade em aceitar o diagnóstico *'quando soube foi uma barra, depois se acostuma. Eu fiquei nervoso, agitado, agora tô bem'*.

Mostrou-se temeroso ao falar sobre suas impressões da doença *'a impressão que eu tenho... sei lá... que não seja uma doença como todos dizem, que não tem cura, acho que tem cura sim...'*.

Tentou amenizar o impacto do diagnóstico em sua vida *'não, não mudou nada'*. Porém, mostrou seus verdadeiros sentimentos ao relatar *'a gente fica mais preocupado com muita coisa, eu trabalho por conta, faz dois meses que não faço nada, fico sem sustento'*.

Mostrando resignação e uma grande resistência em entrar em contato com a dor psíquica, procurou sempre amenizar o impacto do diagnóstico e da doença não fazendo planos para o futuro. Apenas busca em Deus a força para retomar a vida e a esperança de que tudo volte a ser com antes *'eu espero que Deus ajude que eu fique bom, volte a trabalhar e toque a vida como era antes, tocando, sustentando a família, tocando a vida sossegado'*.

CASO GE 10

HOMEM: M.S., 69 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Sapirati – SP, Católico.

Viveu 30 anos em Tapirati – SP, cidade onde nasceu, começando a trabalhar na lavoura com oito anos de idade. Mudou-se para São José do Rio Pardo – SP, onde reside até hoje, há 39 anos, onde trabalhou, também, como lavrador. Atualmente é aposentado, porém continua trabalhando para completar a renda mensal.

Vem de uma família de oito irmãos, sendo sete vivos e um falecido, mas não sabe informar a causa da morte. Possui, também, quatro filhos, todos vivos.

Fuma desde os 15 anos de idade, cigarro de palha, tendo como exemplo o pai *'ah... eu via meu pai fumando, um dia eu peguei um também'*, e não abandonou o vício apesar da doença.

Começou a beber bebidas alcoólicas aos 50 anos, consumindo duas garrafas de cerveja por semana. Adora café e chega a tomar uma garrafa térmica por dia, sempre quente, porém fae o comentário que com a falta de dinheiro *'falta tudo, faltou até café'*.

Sobre sua alimentação nos contou que *'não come sem carne, gosta de todas'*, e as consome em grande quantidade, nas duas refeições diárias, todos os dias da semana. Entretanto, alimenta-se muito pouco, quase nada de peixe, queijo, ovos, verduras, legumes e tubérculos. Já cereais, por sua vez, o tradicional arroz, consome diariamente. Em relação a doces disse-nos que *'é pior que formiga'* consumindo diariamente. Gosta de gordura, *'um torresminho'*, duas vezes por semana.

Gosta muito de conversar e já chegou falando *'sabe dona, a gente que é pobre sofre muito, porque não tem dinheiro para ir ao médico e cuidar da saúde. Minha mãe morreu quando eu tava com um ano, fui criado pela madrasta, fui criado no pescoção. Já sofri muito na minha vida'*.

Sentia-se cansado e desolado pela vida que leva *'trabalho desde que me dei por gente, e tenho 69 anos. Sou aposentado, trabalho de sol a sol, mas tenho de continuar trabalhando, também o que a gente faz com cento e cinqüenta e um reais?* (valor do salário mínimo, por ocasião da entrevista). *Não dá nem pros remédios. Quando eles ligaram na quinta feira, que eu tinha que internar, tive que deixar tudo em ordem, trabalhei no sábado até às seis horas da tarde, é duro, ainda que eu sou casado, tenho casa, não pago aluguel, mas é difícil. Falei de sair e o patrão não deixo, tá bom, porque eu faço tudo o que eu quero'.*

Mostrou revolta, apesar de dizer que se sentia bem, *'sinto bem, bem apesar da idade, dos problemas que a gente teve. Tinha que trabalhar, crescer sem mãe, não tinha liberdade para nada, não podia fazer nada, agora tô preocupado com a cirurgia. O médico proibiu de trabalhar e tomar sol, é serviço pesado, mas não tenho condições financeiras, se eu for para a cidade tenho que pagar aluguel, água e força'.*

Usando de negação evitou pensar na doença dizendo que não possui nenhuma idéia, deixando para os médicos a responsabilidade do processo *'ah... isso eu não tenho idéia nenhuma, muitos falam que é 'microse', mas não posso falar nada. Eu não posso saber o que é, só os médicos, mas eles não dizem nada, dizem que é microse. Se a gente se preocupa a gente não vive, este problema que eu tenho aqui... não paro, se tiver que piorar, que piore'.*

O mesmo comportamento foi notado em relação ao diagnóstico quando nos falou *'não, pra mim tá tudo normal, não adianta nada, porque se falar que é tal doença... tá nas mãos deles* (médicos) *pra ver o que é'.*

Sentia-se cansado e para o futuro gostaria de descanso *'pretendo só descansar, porque futuro não faz mais, renda não faz mais, agüento esta chácara porque o patrão é bom. Eles não aborrecem, faço do jeito que eu quero, procurar outro de jeito nenhum, lá eu é que mando, como se fosse meu. Eles tem confiança em mim'.*

No entanto, ao falar sobre suas dificuldades para dormir, deixou transparecer seu estado de inquietação e angústia *'ah... dá aquele estado ruim, fico pensando nas coisas, mas acho que vai bem...'.*

CASO GE 11

MULHER: J.Z.L., 77 anos, Ginasial, viúva, natural de Ribeirão Bonito – SP, Católica.

Por cinco anos residiu em sua cidade natal, Ribeirão Bonito – SP, mudou-se para a cidade de Boa Esperança – SP, onde viveu por cinco anos. Posteriormente, transferiu-se para São Carlos – SP, permanecendo por 12 anos, mudando-se para São Paulo – Capital, vivendo por seis anos. Desde 1950, há 50 anos, mora em Rio Claro – SP. Nunca trabalhou, porém menciou durante a entrevista ter lecionado aulas de culinária na Prefeitura *'sou a melhor cozinheira de Rio Claro, dei aula para a Prefeitura'*.

Possui dez irmãos, cinco vivos e cinco falecidos, tendo um óbito por velhice (aos 90 anos), um de enfarto, um de derrame e o outro de *'mágoa'*, mas não relata o fato.

Nunca fumou e bebe *'socialmente'*, gosta de café *'quente'*. Alimenta-se *'bastante de carne gorda, agora como mais bife'*. Não se alimenta de peixe, mas possui uma alimentação variada que inclui queijos, ovos, frutas, legumes, verduras, cereais, raízes e tubérculos. Adora doces e os consome diariamente.

Quando convidada para a entrevista a paciente mostrou-se bastante desconfiada, dizendo que não precisava de sigilo, porém quando reafirmei e assegurei a importância do sigilo, relatou que o filho é médico dermatologista e que fez o juramento *'e que segredo é importante'*.

Receosa perguntou *'é algo sério? Porque eu fico assustada por qualquer coisa'*, após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa mostrou-se tranqüila *'isso é bom, estou à disposição'*. Percebemos que a paciente desejava muito conversar e gradativamente pôs-se a falar bastante à vontade.

Inicialmente disse sentir-se *'muito bem'*, no entanto aparentava estar bastante angustiada e tensa. Mesmo ao completar dizendo que sentia-se *'só preocupada, porque estava inflamando'*, demonstrou que necessitava sentir-se protegida por Deus para suportar sua realidade. *'Fiz vinte e dois exames e não deu nada, nem colesterol, tudo em ordem, que é uma beleza! Sou conformada, tenho uma tristeza, mas confio em Deus. Deus é o médico, a lei, a verdade, a sabedoria e a ciência e a cultura. Deus é o infinito!'*

Fez uma pausa e disse *'fiquei emocionada e triste com a doença'*.

Demonstrou culpa ao falar sobre suas impressões da doença *'nem sei dizer, se eu tivesse ido um pouco antes... fiz tratamento e foi cedendo, quando fiz a biópsia gritei de dor, tive sorte que está no início, com a graça de Deus'*.

Sentiu medo e apreensão ao pensar na doença e disse: *'fiquei chocada, sinto apreensão e não vejo a hora de operar e me sentir bem. Sou medrosa de doença, mas tenho fé. A fé me transporta.'*

Procurou manter-se confiante na sua recuperação *'sabe que eu tenho uma recuperação excelente!'*. E com esperança, continuou, *'acredito que vai correr tudo bem, que Deus vai me ajudar'*.

Não pensa muito no diagnóstico, mas sim no reaparecimento da doença e sem cura *'não mudou nada, só apreensão e a gente pensa se vai voltar ou não. Tenho fé e confiança em Deus. O médico é o instrumento do senhor; o verdadeiro médico é Cristo. Morro de medo de cirurgia. Já tive tudo que quis na vida, sou jovem no corpo e no espírito. É... só não sou no corpo'*.

Demonstrou muito receio da dependência que pode gerar uma doença, lembrou-se da irmã *'penso na minha irmã, teve um derrame, um coágulo, ela usa fralda, mas tenho um irmão médico que é cristão. O mistério do céu e da terra, ninguém sabe aonde a gente vai* (refletindo o medo da morte). *Sinto melancolia da alma, tive meus pais e estudei meus filhos com grande sacrifício'*.

Sobre o que pretende realizar em sua vida disse *'viver como sempre, não vou desanimar não. Viver cada vez melhor. Vou fazer festa de aniversário (vinte e cinco de maio) que eu ainda não fiz, não tive pique por causa da minha irmã e eu vou dizer, vou convidar vocês, não vão se não quiserem'*.

No final da entrevista a paciente mostrava-se bastante solta e confiante. Procurou continuar conversando *'sabe que você realizou um sonho meu?'*: Ao ser perguntado qual respondeu *'o de conversar com uma psicóloga, mas sempre tive medo. Não sabia como era, o que acontecia. Gostei muito. Sabe que eu sou mais feliz que a*

Rainha da Inglaterra! Amo a vida! Eu fui à personalidade da semana no jornal. Sou emotiva e gosto tudo nos mínimos detalhes'. Conversou sobre seus amores e sobre a sua solidão. Contou que quando acaba de orar, senta-se e fica olhando o coqueiro que tem no jardim. Sente falta da irmã que morreu. Sente-se sozinha, mas como ela mesmo disse *'tenho que manter uma linha impecável'*, embora seja incentivada por outra irmã a namorar *'minha irmã fala para mim – por que você não namora? Eu falo que não quero ser mau exemplo para minhas duas netas'*.

Ouvir o que tinha para dizer e conversar sobre sua solidão, foi importante e necessário para ela naquele momento. No final se despediu dizendo *'foi muito bom falar com você, eu não sabia que falar com uma psicóloga era assim, realmente foi bom. Eu ficava pensando o que ela ia ficar pensando de mim, mas eu me senti muito bem. Espero que você continue sempre com seu trabalho. Não pare nunca, você mudou a minha vida'*.

Finalizando a entrevista, a pesquisadora sugeriu à paciente que procurasse outra profissional em sua cidade e que iniciasse um processo de terapia.

CASO GE 12

MULHER: J.P., 74 anos, analfabeta, viúva, natural de São Pedro, evangélica.

Nasceu e vive até hoje na cidade de São Pedro – SP. Possui seis filhos e teve seis abortos naturais. Tem cinco irmãos, sendo que um *'morreu de susto'*. Trabalhou nove anos na roça e comentou a vida sofrida decorrente da morte do pai *'sofri muito, trabalhei muito embaixo de sol e chuva, e tinha de cuidar de três crianças pequenas. Sofri muito, meu pai morreu cedo, ficou doente em casa mais de dois anos sem trabalhar e eu que trabalhava e minha mãe lavava roupa de ganho'*.

Começou a fumar cigarro de palha com 12 anos, parando aos 43 e fumava quatro cigarros por dia. Nunca teve o hábito de consumir bebidas alcoólicas. Consome pouco café, água ou leite com café. Sua alimentação consiste de carne, cereais, verdura e de vez em quando queijo, não consumindo nunca peixe, frutas, legumes, raízes e tubérculos.

Reclamou que sente tonturas, *'sinto tontura, mas o problema eu tinha há cinco anos atrás e tinha acabado. Agora apareceu aqui de novo* (pondo a mão na garganta), *eu não sei porque tô assim'.*

Mostrou-se bastante tensa e evitou falar sobre a doença *'essa doença...* (pausa) *no começo eu fiquei nervosa, fiz todo os exames e falaram que é tiróide, agora tô tranqüila'.*

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico relatou *'eu tenho batedeira do coração, o resto tá tudo bem'*. Não conseguiu pensar em mais nada para sua vida e só espera *'operar e que Deus ajude que tá tudo bem e que eu vá logo para casa'.*

Vive freqüentemente preocupada com algo *'tô com medo, com medo da gente ver um desastre, acontece lá e acontece com a família da gente'.*

Demonstrou toda a sua aflição ao falar que sentia-se *'sozinha e triste, quando penso no meu marido e nos pais eu choro, a gente acha farta'.*

Voltou a falar da morte do marido como um evento que provocou muita intensidade e dor *'sinto farta dele, deixou eu triste, sozinha. No começo eu tinha medo de sair pra fora, parecia que eu via ele, não gostava nem de abrir a porta, depois melhorou. Eu pensava que ele queria falar comigo, é uma coisa esquisita, eu abria a porta e parecia que enxergava ele e sabe que ele morreu.* Relatou ainda a preocupação com o neto *'ele não arruma emprego e precisa de roupa, sabe ele precisa de coisas e eu não posso dar, a mãe dele é pobre também'.*

Desanimada e triste nos contou *'fiquei viúva, só eu e meu neto que não acha serviço e fica difícil. Fiquei triste um tempo depois que meu marido morreu, sinto farta dele. Meu neto mora comigo desde que nasceu, porque minha filha tinha um marido que tinha uma amante. Quando ele percebeu que ela tava grávida, foi embora com a amante. Aí, ela veio morar comigo. Depois de quatro anos ela conheceu outro, só que ele é meio de cor, escurinho, e meu neto era criança e não topou ele, aí, ela foi morar com ele e ele ficou comigo, acostumou ficar comigo, né'?*

Mostrando resignação e a uma grande resistência em entrar em contato com a dor psíquica, procurou sempre amenizar o impacto do diagnóstico e da doença não fazendo planos para o futuro, terminou a entrevista ressaltando *'tenho pouco dinheiro, tem que ir no médico, comprar remédio e a aposentadoria é pouca, os filhos é que arrumam dinheiro. O ruim da vida é que não sabe o que vai acontecer. Agora tô mais ou menos, dá pra ir vivendo'.*

CASO GE 13

MULHER: V.L.M.F., 33 anos, analfabeta, amasiada, natural de Juazeiro – BA, crente – igreja Pentecostal.

Vive em Juazeiro desde que nasceu, possui dez irmãos e cinco filhos, todos vivos.

Fuma cinco cigarros de filtro por dia, desde 14 anos de idade e não possui o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Consome bastante café puro, cerca de vinte xícaras por dia e bebe dois litros de água diariamente.

Gosta de carne *'mal passada e adora peixe'* dos quais se alimenta bastante, assim como de queijo. Verduras, frutas, legumes, raízes e tubérculos consome regularmente, mas em pequena quantidade. Cereais consome em grande quantidade e sempre. Adora doce, comendo seis vezes ao dia, todos os dias da semana.

Sentia-se nervosa e bastante irritada, precisa de calmante para dormir *'eu tô assim nervosa, tem dia que eu tô bem, eu canto, dou risada, no outro tô assim nervosa. Saio até de casa para distrair, peço até pras crianças sair de perto'.*

Mostrou-se preocupada e com medo dos seus sentimentos *'ai, penso que seja uma crise de depressão'*, evitando falar sobre sua doença *'os médicos não falam o que eu tenho, quer dizer falam que é tumor de tiróide e eu acho que é um cisto. Eu já tive duas vezes no seio e eu penso que isto é proveniente do cisto'.*

Demonstrou seu conformismo com o diagnóstico ao nos falar *'fiquei mais conformada, mas o médico falou que era uma cirurgia simples e que tem que operar'.*

No momento em que falou sobre seus planos para o futuro, deixou transparecer um sentimento de esperança, apesar de sua condição de saúde, onde relatou *'pretendo trabalhar pra ajudar meu esposo, pra quando a gente chegar no nosso lugar* (Bahia), *a gente possa comprar uma casinha pra a gente morar'*.

Comentou sobre sua vida com ressentimento e raiva *'meus pais não tinha trabalho fixo e a gente vivia de pegar lixo, lata, papel e lata d'água. Com doze anos fui trabalhar em casa de família para ajudar os pais, porque eles não conseguiam trabalhar, sempre sem trabalho fixo. Tinha dia que comia bem, tinha dia que comia mal. Tomava café da manhã, não almoçava porque não tinha. A gente vivia para trabalhar. Só comia quando vendia as coisas, daí com 14 anos me entreguei para um rapaz e o que ele me deu foi um filho. Tive que trabalhar para sustentar o filho e os meus pais também. Depois com muito tempo, três anos, eu me amiguei e é assim que eu vivo agora. Faz 14 anos que a gente tá vivendo junto, tô vivendo bem, ele é compreensivo, é muito legal ele'*.

CASO GE 14

HOMEM: E.L.J., 28 anos, ginásio, divorciado, natural de São José do Rio Pardo – SP, Católico.

Sempre viveu em S. José do Rio Pardo – SP, possui dois irmãos e dois filhos, todos vivos. Fuma 12 cigarros de filtro por dia desde os 15 anos e aos 17 anos começou a fumar maconha, cerca de quatro cigarros por dia. Começou a beber cerveja aos 15 anos e consome dez garrafas por semana. Bebe bastante café, 12 xícaras por dia.

Seus hábitos alimentares se constituem de alto consumo de carne, cereais, ovos e verduras; raízes e tubérculos moderadamente, pouquíssimo peixe e não come frutas nem doces.

Demonstrou estar entusiasmado e interessado em participar da entrevista dizendo *'tou me sentindo importante'*. Com uma visível necessidade de conversar, foi dizendo que ultimamente *'estava muito preocupado, ansioso, neurótico com a separação*

(casamento), *em vez de andar pra frente, foi pra trás, fui preso* (três anos) *por tráfico de armas. Aí, saiu o primeiro carocinho no pescoço. Dr. H. tirou, acho que é coisa da minha cabeça, tô preocupado com minhas filhas, a mãe e de não estar juntos delas'.*

Possuia uma idéia muito ruim da sua doença, sentindo ameaça da morte *'eu acho que eu ia morrer, é uma espécie de câncer. O médico falou que tenho que tirar. Eu achava que tava morrendo aos poucos. Não tenho com quem conversar e tava explodindo, vou de pessoa para pessoa conversar, mas nem sempre a gente encontra. Eu vi, é uma bolinha cheia de raiz. Eu gosto de especular.'* Em tom de remorso e culpa disse 'a *gente colhe o que planta, se eu tivesse mais cuidado com meu corpo, eu taria melhor'.*

Voltou a falar de sua solidão e do sofrimento ao saber do diagnóstico *'nossa! Mudou um punhado de coisas! Sofri muito, tive depressão, tem hora que quero ficar sozinho. Não tenho ninguém para conversar, é difícil falar'.*

Bastante ansioso ao falar sobre seus planos nos contou *'eu quero sair daqui, sarar, ir na academia, pegar, minha 'bike', viver tudo o que eu não vivi. Eu estraguei a minha vida com a droga, fui preso, quero gastar o dinheiro com fruta. Procurar quanto mais saúde não desperdiçar ela, a gente desperdiça muito'.*

Percebendo que o paciente precisa conversar, deixei que ele falasse livremente. *'Tenho uma irmã que não combina nem a pau. Eu tudo que fazia apanhava, ela é muito chata. Eu com 15 anos casei e ela com 12, ela era de família muito rigorosa, esse negócio de virgindade. Eu queria ter minha liberdade, ser independente, fui com muita sede ao pote e me dei mal. Aí, comecei a beber e usar drogas. Aí, fui preso, paguei tudo o que fiz e não fiz, a justiça é cruel, muito cruel. A sinceridade tá no olho'.*

E continuou, deixando transparecer toda sua agressividade e o desejo de vingança *'a gente cresce revoltado, hoje tenho duas filhas mulher e criar mulher é difícil. E eu penso que se Deus quiser elas vão ter 'responsa' mesmo. Eu sou assim, se alguém fizer algo de mau pra mim, pode passar o tempo que for eu não vou esquecer, pode ser 20 ou 30 anos, eu penso naquilo. Só que é assim, eu fico esperando uma oportunidade de cobrar. O inferno é quando morre. Não é, é aqui mesmo, aqui se faz, aqui se paga'.*

CASO GE 15

HOMEM: M. O. M., 76 anos, primário, casado, natural de Ilicinéa – MG, Católico.

Sempre viveu em Ilicinéa, onde trabalhou 14 anos como alfaiate e 30 anos como funcionário público na prefeitura. Possui 11 irmãos sendo três vivos e sete mortos, lembra-se como causas: acidente, enfarto e câncer. Possui também cinco filhos, quatro vivos e um morto *'de coma'*, não conseguindo explicar o fato.

Nunca teve o hábito de fumar. Começou a tomar bebidas alcoólicas aos 18 anos *'cerveja com amigos, para acompanhar a turma, depois achei bom'*, e bebe 12 copos de pinga por dia. Começou a beber cerveja aos 30 anos e consumia cinco garrafas por dia, seguindo a orientação médica deixou de beber com 72 anos.

Sua alimentação consiste de cereais, carne e leite em grande quantidade e regularmente, porém os demais alimentos como peixe, verduras, legumes, frutas e tubérculos, consome esporadicamente, em pequenas quantidades.

Tentou mostrar-se à vontade na entrevista, porém, angustiado nos falou *'estou preocupado com este problema, com este caso, mesmo que queira, a gente não sara, pode se tomar uma doença pior como o câncer'*. Fez uma pausa e com tristeza comentou *'ah..., eu não sei o que eu tenho, tô no escuro'*.

Assustado e com muito medo, evitou pensar na doença *'ah..., eu não sei, eu tenho medo. Tenho medo que não descubra a cura. Ah... eu tenho medo, a gente acha que é um monstro'*.

Relatou que mudou muita coisa em sua vida após o diagnóstico, o qual trouxe *'desânimo e falta de vontade de viver'* e evidenciando sintomas depressivos, *'mudou muito, a gente perde até o jeito de viver, eu não tenho mais entusiasmo de sair de casa, a gente fica muito triste, tudo aborrece, não tem assunto pra conversar'*.

Com o mesmo tom de desalento relatou que não faz planos para o futuro *'eu não sei, não pensei ainda, só que tem de ficar de repouso, a gente vai ficando velho, e tem que ficar de repouso de qualquer jeito'*.

Entretanto, de forma bastante aberta e disponível nos contou um pouco da sua história *'minha vida foi trabalhar de alfaiate, eu a mulher, foi difícil, criamos cinco filhos com dificuldade, trabalhava dia e noite, e naquela época não tinha luz elétrica. Depois comecei a trabalhar na prefeitura, porque o salário é pouco, minha sorte é que ela trabalhava e me ajudava. Ela tá pior que eu, ela tá baqueada, só que ela não sabe lidar com isso, tá preocupada. Eu não vou falá, a reação ia ser pior que a situação'.*

'Perdi uma filha com coma, tinha vinte e sete anos, oh... nossa senhora, foi um baque, nem calcula...'. Os olhos se entristeceram, quase em desespero, começou a chorar.

Mostrou-se assustado e finalizou dizendo *'eu ficava pensando, quietinho, que podia... sente um arroxo, um baque danado, um medo, mas tem que enfrentar. O médico não falou nada, aí a gente vai desconfiando* (breve momento de contato com a doença), *o médico diz que tinha que tirar, só falou isto, isto só...'.*

CASO GE 16

HOMEM: A.G.C., 57 anos, analfabeto (lê e escreve mal), viúvo, natural de Águas de Lindóia – SP, Católico.

Durante 18 anos morou na zona rural em Águas de Lindóia - SP, onde começou a trabalhar aos oito anos de idade.Tem quatro filhos, sendo três vivos e um que morreu no parto.

Consumia muita bebida alcoólica desde os 15 anos. Pinga um copo por dia, cerveja duas garrafas por dia, vinho doce duas garrafas por dia, whisky dois copos por dia, durante a semana inteira. Parou de beber aos 54 anos *'misturava tudo no dia'*, conta,*' o fígado tava querendo dar cirrose e o médico pediu para parar'*. Gosta de café morno, tomando meia garrafa por dia, chá morno uma xícara por dia e refrigerante – Coca cola gelada – um litro por dia, café com leite pelando quatro copos por dia, água gelada dois litros por dia e toma sopa morna uma vez por semana.

Alimenta-se de carne duas vezes ao dia durante a semana inteira. No consumo de carne enfatiza: *'como até gordura de porco e de vaca'*. Não consome peixe, leite, queijo e ovos. Verduras, legumes, tubérculos come pouco e cereais com mais freqüência. Doces todos os dias da semana.

Comentou que na família, a esposa sofria de diabete e do coração e seu pai tinha problema também no coração. Há um relato de câncer na família referente ao seu sobrinho.

O paciente mostrou estar muito abalado ultimamente e chorava muito *'agora... assim tô nervoso, até antes de tomá este remédio tive dor no braço e na barriga. Depois que internei o médico deu remédio e não deu mais nada, até a dor da lesão passou. Agora dá esse nervo, angústia, dá vontade de chorar só... sabe lá, não dá pra explicar... '.*

Muito amedrontado em descobrir que estava com a doença, disse-nos: *'eu não sei, é até uma coisa esquisita, sempre passava a mão e sentia uns pelotinho. Minha mulher passava a mão e adivinhava que tava crescendo, mas não doía nada, se não fosse ela não teria nem visto. Aí, minha filha mandou fazer biopsia e eu falei – não mande não, que se der algo, não vou ver não. Primeiro eu achava que inflamava tudo e destruía tudo, mas não dá, porque não dói. O mais difícil é quando a gente qué viver e não dá e tem medo de morrer com medo que a doença pegue tudo. O importante é não voltar num outro lugar'.*

Mostrou-se muito desolado e deprimido após saber o diagnóstico *'ah... mudou bastante, parece que perdi a vontade de trabalhar, desanimei de tudo, aí, parei com tudo; a firma faliu e eu tenho quatro meses de pagamento para receber e isso deixa também nervoso. E fazer o que, né? Não adianta, né'.*

Falou de seus planos de vida com uma certa esperança: *'ah... eu vou mudar de serviço. Meu filho tá vendo para eu trabalhar de porteiro, o salário é o mesmo, não vai forçar muito. E ve se recebo do homem, para eu ficar sem pensamento de derrota e pagar minhas contas. Ah... uma coisa que eu preciso é receber tudo e arrumar uma condução pra mim. Se Deus ajudar, né! Eu moro com a filha e ela* (mulher) *quer que eu vá morar com ela, mas não pode vir comigo. Vou ficar um pouco lá e fico um pouco em casa pra não abandonar minha filha e ela tem carro, tudo. Quando fico sozinho fico louco, a cabeça enche de idéia. Se ela sai com o carro não posso namorar, fica difícil, fico pensando besteira.*

Relatou com transparência a dor de sua vida '*Ah... eu comecei a trabalhar sozinho, meu pai trabalha numa firma a noite, os donos não pagava quando trabalhava na roça. Eu trabalhava muito. Oh... que eu já trabalhei nesta vida! Trabalho e não reclamo. Casei novo, com 18 anos e minha mulher tinha 16, aí comecei a beber. Casado de novo, criança nova, eu via a mulher sofrendo. Trabalhava na engarrafadora de água, aí começou a melhorar, deu uma melhorada. Depois fui pro posto com meu irmão, fiquei 15 anos, aí melhorou de vez, mas sempre bebendo, bebia muito, perdi tudo. Tive que entregar tudo pra ele – o irmão tem quatro casa de aluguel, tá construindo, ele tem sorte, tá aposentado*'.

Com ressentimento, lamentou o fato de não ter estudado e como foi sua vida *'sabe como é, naquela época não estudava. Meu pai tirou da escola pra trabalhar na roça. Comecei a trabalhar de pequeno, nunca tive sorte, ele* (irmão) *não, tem tudo na vida, filhos estudando, eu não consegui estudar nenhum filho'*.

Com remorso o paciente comentou em tom de desabafo '*estava muito nervoso. Agora penso o que a pinga faz, tinha tudo, um lavador de carros por 15 anos, perdi tudo por causa da pinga. Meu irmão deu o maquinário, porque o prédio é dele. É a bebida que fez* (começa a soluçar e chora muito). *Chegava bêbado, bate eu nunca bati, só que prejudica eu, outra coisa é que deixa sem dinheiro, gastava muito, falta dinheiro, muito, a gente é sozinho'*.

Continuou seu relato em tom de desabafo *'a gente ganha tanto dinheiro e a bebida faz jogar tudo fora. A aposentadoria não dá pro meu remédio, a gente tá dependendo deles* (filhos), *a gente vai fazer tratamento e não tem dinheiro, os filhos pagam tudo, a gente não pode depender dos filhos, eles sofreram com a gente, a pessoa que bebe maltrata os filhos. A mulher dava conselho, quanto mais ela falava, parece que eu bebia mais, agora a gente vê o resultado da bebida'*.

O paciente mostrou-se ansioso para falar de sua vida '*sou viúvo há quatro anos, minha esposa morreu do coração, agora tô há dois anos e meio com outra mulher. Ela é boa sabe... é oito anos mais nova que eu. Eu não queria nem operar, a família que tá obrigando, mas não quero operar, sei lá. Tenho medo que fique muito vazio, um buraco, ví um paciente com o braço amputado pelo câncer. Meu sobrinho morreu de câncer no braço, depois foi pro intestino'*.

Com extrema preocupação e medo, falou *'estava nervoso, tenho um problema de intestino, sinto uma dorzinha até hoje, fiz tratamento do intestino e úlcera. Eu nunca esperava uma doença dessa'.*

Sem se interromper, continuou, *'e outra, foi assim... tava com fraqueza no braço e a parte sexual tava fraca, falta de força do homem, no corpo, já tinha estes pelotes, mas o médico falou: tenho até medo de dar* (viagra). *Mas deu assim mesmo. Eu falei que a responsabilidade era minha porque a vida do homem sem mulher não é nada'.* Começou a chorar e continuou *'a parte sexual tá muito ruim, com as injeções melhorou uns dois meses, depois caiu de novo. A mulher fala que não liga, pra eu cuidar da saúde, que ela quer carinho. O marido dela bebia e batia nela e ela falou que quando ele morreu, ela nem queria mais homem, mas sabe como é, se ela fosse mais calma, tudo bem, ela é agitada, eu acelerava. Mas o homem tem que dar conta. Eu ligo pra ela todo dia, toda hora. Ela falou: cê tá com ciúmes? Não liguei pra isto não, pode ligar quanto quiser, que eu tô aqui. Meu medo sabe o que é, é ficar que nem este coitado ai...* (referindo-se ao leito do quarto), *enquanto eu não melhorar, vou depender da mulher e dos filhos né, fazer o que'.*

CASO GE 17

HOMEM: W.S., 74 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Itapira – SP, Católico.

Reside na mesma cidade onde nasceu. Trabalhou durante 12 anos em fábrica de doces e há 50 anos conserta fogões.Tem quatro irmãos, um vivo e três mortos de câncer. Possui cinco filhos, sendo quatro vivos e um que morreu afogado.

Iniciou o consumo de fumo aos oito anos com cigarro de palha e cigarro sem filtro. Durante o período em que fumou, consumia 40 cigarros sem filtro por dia, porém continua utilizando o cigarro de palha.

Começou a tomar bebidas alcoólicas aos 19 anos. Consumia um copo de pinga quatro vezes ao dia e três garrafas de cerveja por semana. Vinho começou aos 25 anos tomando uma garrafa por dia. Atualmente só bebe aos domingos, em almoço com a família.

Gosta de café quente e toma quatro vezes ao dia e café com leite quente duas vezes ao dia. Consome carne gorda três vezes na semana. Torresmo uma vez na semana. Queijo, raízes e tubérculos come duas vezes na semana. Alimenta-se de cereais regularmente e toma mingau de alho duas vezes ao dia. Gosta muito de doces, comendo a semana inteira. Não consome peixes, ovos, leite, verduras, frutas e legumes.

Foi objetivo ao dizer como se sente ultimamente, embora tenha deixado evidente sua resistência em aceitar a enfermidade, usando de rodeios e negação o tempo todo, evitando pronunciar o nome da doença *'estou ótimo de saúde graças a Deus. Só que saiu esta pelota da língua e incomoda e depois que o médico tirou um pedacinho doi sempre. Tô calmo esperando a vez para ficar livre disto. O médico já falou o que era, tem que agüentar, vê se livra dela* (pelota)*'*.

Sobre suas impressões da doença relatou com temor *'olha, eu não penso nada, só de ficar livre dela e se Deus quiser. Tenho medo que piore e fique eterna e provoque a morte. Uma doença geralmente vem ou para curar ou matar e levar o infeliz. Meus irmãos tiveram e morreram. Eu penso, se apareceu uma coisa desta é para sofrer ou é para morrer. A gente fica preocupado enquanto não fica livre. A família fica preocupada, o filho, a filha, a patroa. Nossa! Minha filha que me leva e traz, mete os peitos e sabe tudo, o que come e bebe, ela é um espeto e a patroa faz sopa, caldo porque dói. Todo dia ela pergunta: o que você quer comer?*

Ao ser perguntado sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico nos responde *'não, não mudou nada, o médico que examinou então tirou um pedaço e ele mesmo já falou que era... câncer, mas que não era nada e já encaminhou para biópsia. Eu só estou esperando pra ficar livre, porque lá demora pra encaminhar para Campinas'*.

Quanto às suas pretensões futuras demonstrou seu desejo em sentir-se útil *'Eu gosto de trabalhar, de consertar, se pudesse enxergá, se pudesse consertar meus fogãozinhos tava bom demais. Porque eu tenho três filha, um filho que perdi, uma nora, três genro, uma neta e um neto homem. A família é unida. O que eu puder fazer de melhor e dar de melhor para eles pra minha família, não só para minha família, pros outros também. Eles ficam todos em volta durante a semana, são todos responsáveis pelos seus atos e fim de semana cedo ou de tarde eles vêm'*.

Ao falar de sua vida, completou *'eu gosto muito de caçar e pescar e pegar passarinho. Eu ia caçar de campo com o cão, quando ele saía voando eu atirava, o dia que fui e vi a juruti no ninho, nunca mais, vi esponjar no chão e nunca mais.'*

Ao falar sobre o pai demonstrou certo ressentimento '*quando meu pai me pegou bêbado, ele não falou nada, parecia que ninguém me conhecia, foi um desprezo. Aí eu falei pra minha mãe que ia embora porque ninguém me queria. Aí meu pai falou: é só pra você saber que bêbado aqui ninguém entra e ninguém fica. Aí eu parei de beber. Aí um dia ele deu um golinho depois do almoço e eu bebo até hoje. Trabalhar eu trabalhei muito, parei porque a vista não ajuda'.*

Relatou sobre sua família com orgulho *'casamento, graças a Deus, fiz bodas de ouro, filho tive cinco, perdi um; todos estão casados, bem, tem dois que bebe um pouquinho. No domingo reúne todo mundo e tomo um copo de pinga com maracujá ou limão e tomo só no almoço cerveja'.*

Com tristeza finaliza falando sobre a morte do filho *'meu filho morreu com 40 anos. Foi um choque pra gente até hoje. A patroa até hoje não conforma, tem foto dele na estante e qualquer coisa, cada vez que passa, põe a mão e benze* (gesticula mostrando o sinal da cruz) *e põe florzinha'.*

CASO GE 18

MULHER: A.M.B., 47 anos, solteira, natural de Ibitiura – MG, evangélica.

Viveu oito anos em sua cidade natal, mudando-se para Iracema – PR, onde morou por 14 anos. Atualmente mora em Jundiaí há 26 anos, e trabalha há 22 anos num restaurante caipira. Faz três anos que é evangélica e diz que tem como por hábito religioso jejuar e fazer orações. Possui seis irmãos, sendo todos eles vivos. Não possui filhos. Tem diabete, e uma prima com histórico de câncer.

Iniciou o hábito de fumar com 21 anos, consumindo quatro cigarros de filtro por dia, parando aos 23 anos. O consumo de bebidas alcoólicas deu-se aos 21 anos, uma garrafa de vinho por semana, vindo a parar com 44 anos, por ocasião da opção religiosa. Bebe café morno quatro vezes ao dia, café com leite morno duas vezes ao dia e toma sopa quente uma vez na semana.

Consome carne vermelha *'bife e costela gorda'*, frango e lingüiça sete dias por semana. Utiliza condimentos fortes *'bem temperados com limão'*. Come pouco peixe, verduras, legumes, cereais e frutas regularmente. Não consome leite e ovos; raízes, tubérculos e doces uma vez na semana.

Demonstrando um estado melancólico, falou-nos de como se sentia ultimamente *'tô preocupada com tudo que está acontecendo, tô desempregada, sozinha, ninguém me ajuda. Eu dependo pra tudo, sapato, roupa até xampu. Não tenho dinheiro pra nada, é duro. Meus irmãos paga água, força elétrica, comida. Mas quero dinheiro pra ter minhas coisas. Me sinto atada, que ninguém vai dar emprego pra mim'*.

Mostrando-se inconformada falou de suas impressões sobre a doença *'ah... é das piores, só penso bobeira. Tanta gente que opera tá boa, só eu que fico assim. Me sinto atada! Eu não sei, Dr. J. quando disse vai ficar assim, sai de um lado para outro, tira parte de um lado para outro lugar* (referindo-se ao enxerto de pele). *É muito ruim. Eu tomei iodo, fiquei três dias no quarto fechada no hospital, ficava fechada numa sala com só uma janelinha na porta. Não podia receber visita. O ano retrasado, fiquei com pavor, né, do hospital e queria pular a janela. É difícil ver todo mundo lá fora e eu trancada lá. Era só fechar a casa que me dava desespero, queria morrer. Era duas horas da manhã, eu tava na rua, ficava na rua. Era só fechar a porta e ficava desesperada. Queria morrer, morrer'* (evidenciando sintomas fóbicos).

Nos relatou em tom de desespero e chorando muito sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, *'minha vida desmoronou. Primeiro tinha vontade de trabalhar, de conseguir alguma coisa. Agora eu tenho só desânimo, desânimo... tô em pânico, em pânico! É muito duro... '*.

Num lampejo de esperança, revelou o que pretende fazer da sua vida *'o que eu pretendo fazer é trabalhar, passear, comprar e pagar minhas coisas, voltar tudo ao normal. Quero viver, tenho quarenta e sete anos. Tenho a vida toda pela frente'*.

Voltou a mostrar a desesperança pela vida com os comentários *'desde que fiquei sabendo desta maldita doença há quatro anos, minha vida virou um inferno, fico desesperada, você faz uma coisa, pensa que melhorou, e surge outra. Fico apavorada, aqui tem um coração, aqui, aqui... '*. (com gesto, mostrou o peito)

Ainda disposta a continuar a entrevista, comentou *'eu tô muito apreensiva, nervosa e preocupada. Eu tenho medo que eles vão colocar aquele aparelho aqui* (aponta pra a garganta), *aquele aparelho me mata, eu não agüento aquilo'.*

'Tenho medo de morrer na cirurgia, se bem que todos operam e voltam'. Começa a chorar desesperadamente, apertando os olhos com os dedos.

Ao falar da sua vida no passado comentou *'minha vida não foi nada boa não. Meu pai era alcoólatra. Judiava da minha mãe, depois foi embora, largou a gente faz 25 anos. Largou a gente numa casa que chovia, estragou todos os móveis, depois que ele foi embora melhorou, podia tomar decisão, ele não deixava. Queria passar de chefona, aí consegui comprar um terreno junto com meu irmão, trabalhei muito, dois anos direto, sábado, domingo, dia santo, fiz até massa de concreto'.*

'Eu namorei, mas não deu certo. Aí nunca mais quis ninguém, não deu certo. Eu sou a filha mais velha, sempre fui independente, eu decidia, pagava todas as contas, eu ia nas lojas, eu decidia tudo, quero esse, quere aquele. Eu vejo minha irmã reclamar'.

Mostrou um certo estado confusional ao relatar fatos fora do contexto da entrevista. *'eu sempre soube esperar com paciência que tudo tem fim, sempre fui tranqüila, não era bagunceira. Nunca gostei de baile. As amigas falava, pula a janela, vai que acontece alguma coisa. Sempre tive muito medo de acidente assim. Mas graças nada aconteceu'.*

Finaliza a entrevista dizendo *'não estou feliz com a igreja. Eu esperava outra coisa. Tô meia fraca na fé. Eu esperava um milagre. Eu falei pra Deus – tô indo pra sua casa, eu quero uma resposta, eu quero minha saúde de volta, mas não veio... aí desmoronou tudo'.*

CASO GE 19

HOMEM: J.E.J., 45 anos, primário, amasiado à oito anos, natural de Guiricema – MG, Católico.

Dos sete aos 20 anos de idade trabalhou na lavoura de milho, arroz e feijão na cidade onde nasceu. Mudou-se, então, para Limeira – SP, permanecendo na mesma atividade. Trabalhou como motorista de ônibus durante 12 anos e atualmente, é motorista de caminhão, atividade que desempenha há nove anos.

Tem como religião à católica carismática, onde faz leituras da Bíblia. Possui quatro irmãos e quatro filhos, todos vivos. Na família, seu pai é portador de diabete, pressão alta e câncer na garganta. Sua mãe tem doença do coração e pressão alta.

Iniciou-se no fumo aos dez anos de idade, fumando seis cigarros de palha por dia, com 21 anos trocou-os por cigarro de filtro. Consumia 40 cigarros por dia, quando parou aos 45 anos de idade.

Aos 22 anos começou a ingerir bebida alcoólica, sendo a pinga um copo duas vezes ao dia (uma garrafa na semana) e cerveja 12 garrafas por dia durante a semana inteira. Aos 30 anos começou a beber vodka, um copo uma vez ao dia e conhaque um copo três vezes ao dia. Aos 40 anos parou de consumir bebida alcoólica.

Bebe água fria, cinco litros na semana e refrigerante também frio, três copos por dia. Alimenta-se de carne vermelha gorda, mas pouco frango. Consome também torresmo e a comida é preparada com temperos fortes. Não consome peixe, leite, ovos e queijos. Verduras, frutas, legumes, raízes, tubérculos, cereais e doces, come moderadamente.

Ultimamente disse sentir-se muito nervoso e preocupado com a sua situação *'estou muito preocupado, com vontade de trabalhar, não vejo a hora de trabalhar. A gente se sente nervoso de ficar parado, a gente se preocupa com tudo com a família e dinheiro. Tem dia que sobra muito pra gente pensar. A gente pensa que é uma coisinha, e depois complica. O médico disse que ia ter que tirar o olho fora e eu fiquei desesperado. Hoje pelo menos ele falou que dá salvar. Trabalhei a vida inteira, agora aposentei pelo INPS. Ai... eu não quero não! Foi uma graça de Deus, salvei o meu olho, como é uma graça de Deus!*

Demonstrou o seu medo ao falar das impressões sobre a doença *'eu penso de donde que veio essa daí. Uns dizem que é do sol. Tudo que tá no corpo da gente dá medo. Tenho medo de tudo. A moça* (Drª) *disse que é fixo, que não espalha, dá medo que espalhasse. Fiquei com medo que espalhasse, tem gente que não consegue se alimentar. Se Deus quiser não vai, a gente pensa, fica pensando... quando opera o esôfago, nunca volta ao normal'.*

Deixou a sua revolta vir à tona quando nos falou sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'daí eu fiquei nervoso, preocupação demais. A gente não cobra muita coisa, não escuta muita conversa, até minha mulher fala – hoje você tá demais! – eu falo, fique no seu canto! Não gosto de conversar, saio de casa. Eu desconfio que as pessoas ficam encarando muito a gente; eu não gosto de sair não. O mais ruim para mim é que eu nunca fiquei no hospital, nem pra acompanha. É ruim ficar fora de casa, não é bom não. Aqui é bom. Tem enfermeira, trata mal, se fizer alguma cara para mim, eu bato na enfermeira. Eu achava que não agüentaria ficar dentro do hospital e tô conseguindo'.*

Ao ser perguntado sobre o que quer fazer da sua vida, disse *'a gente só pensa o melhor, poder dar um futuro melhor pros filhos, deixar algo pra eles. Ultimamente a gente não faz mais nada pra gente. Faz pros filhos, se bem que eu já deixei a casa pros filhos. Passei no nome deles. Fiz acordo com a ex-mulher e fiquei zerado. Agora que eu queria comprar um terreno, fazer um ranchinho de novo. Pra Deus nada é impossível, sem ele o que seria de mim'.*

CASO GE 20

HOMEM: J.A.P., 75 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Monte Belo - MG, Católico.

Viveu 18 anos na cidade de Monte Belo – MG, onde iniciou sua atividade profissional na lavoura. Mudou-se para a Certanópolis – PR, trabalhando na lavoura de café por 30 anos. E depois para Indaiatuba – SP, onde trabalhou em construção durante dez anos.

Possui oito irmãos, cinco vivos e três mortos. Têm seis filhos todos vivos. Mencionou que é Católico praticante e costuma rezar o terço.

Fuma cigarro de palha desde os oito anos de idade, consumindo dez por dia. Bebe pinga desde os 25 anos, consumindo uma garrafa todos os dias da semana. Toma café e chá morno e água fria.

Gosta de carne vermelha. Come peixe, cereais, mandioca, verduras e frutas. Não consome queijo, leite e ovos e legumes. Não gosta de doces. Gosta de comer toucinho defumado.

Sentindo-se só, desamparado e impaciente, relatou de que forma vem passando ultimamente *'fico pensando... fico aqui preocupado, dá aquele problema, fico preocupado de ficar parado. Eu gosto de cantar e tocar a vida, não tenho companhia, é uma descrença. Minha pressão sobe, fico pensando no serviço, em casa. A gente trabalhando tem dinheiro, parado não. Eu tô gastando, todas as viagens eu paguei. Tô meio preso, não posso andar fora do hospital, não esse é o problema. Eu tenho uma natureza brava, eu me enfezo por qualquer coisa, se o serviço não dá certo, eu já falo palavrão. Eu não tenho paciência. Me enfezo, me machuco, porque o pensamento da gente magoa'.*

Ao falar sobre as impressões da doença, mostrou sua relutância em acreditar nos médicos *'os médicos fala que é de fumar, se fosse assim, todo que fuma tinha. Acho que não é doença grosseirona não, é nato. Já conversei com pessoas que tirou e deu tudo certo. Não tô preocupado com isso, mas o negócio é sará.*

Sobre o que mudou na sua vida após o diagnóstico, demonstrou o processo de negação da realidade que está inserido *'não, tá tudo igual, eu sou sadio, um homem sadio, não sei como foi aparecer esse caroço, nem gripe eu tenho, faz alguns anos que eu não tenho gripe.*

Ao ser perguntado sobre o que vai fazer em sua vida daqui para frente, sem rodeios respondeu *'vou cuidar do meu serviço... '.*

Ao falar sobre sua vida passada comentou *'se eu contar a minha vida pra você, você chora. Sempre fiz de tudo, era um cabra de serventia. Quando comecei adquiri família, era tudo no hospital, a mulher quase morreu duas ou três vezes de parto, os filho era tudo no hospital. Isto aqui é coisa de primeira'* (gesticula com os dedos, referindo-se a dinheiro).

'Depois minha esposa pegou amarelão, mas eu cuidei dela. Entra doença, parto, serviço, entra o parto dei tudo, aí bebia e gastava o que não tinha, e sabe como é, eu trabalho de colono, eu ganhava de um ano, e gastava em dois dia de hospital. Sobrava o que, mal dá, às vezes nem dava, é bicho feio. No caçula o médico falou, tem que operar de qualquer jeito. Eu falei, opera, cuida dela. Ficou a criança na estufa, achei que ia morrer, parecia um boneco de criança, agora tá um baita de um homem. Mas acabei vivido, e no fim da história, eu falei, opera, cuida dela. Tô aqui, só surgiu essa doencinha. Eu vou contar uma coisa para você. Se eu precisá de dinheiro e eu sei que meu filho tem, não peço, eu tenho sustentado para isto'.

Finalizando a entrevista completou com veemência *'se eu tivesse estudo que meu filho tem, eu teria uma fazenda, tenho capacidade para administrar, o país crescia pra trabalhá, que nem burro pra carroça. Estudo que é bom nada'.*

CASO GE 21

MULHER: M.R.V., 53 anos, primário, casada, natural de Campo Verde - MG, Católica.

Morou durante nove anos na cidade onde nasceu, vindo a mudar-se para São João da Boa Vista - SP, cidade que reside até hoje. Chegou a trabalhar um ano na roça colhendo café, sendo sua única atividade fora de casa.

Possui cinco irmãos e dois filhos, todos vivos. Relatou como doenças na família, a do marido que é diabético e a sua própria pressão alta descontrolada.

Nunca teve o hábito de fumar ou beber bebidas alcoólicas. As únicas bebidas que toma são café pelando, chá e café com leite quente. Água e refrigerante, bebe-os frios. Consome carne diariamente, come pouco peixe, verduras, legumes, raízes, tubérculos e frutas. Não consome leite, queijos e ovos e doces e alimentos gordurosos uma vez por semana.

Ao ser indagada de como se sentia ultimamente respondeu *'bem, mas então, o problema meu é por causa do sol. Eu fiquei dezenove anos lavando roupa no sol, usava chapéu, mas deixei isso. E depois eu trabalhei no hospital das panelas, sai do sol quente, ficava vermelha e demorava para distrair e ganhava um pouco'.*

Falou de forma conformista sobre suas impressões da doença *'até agora eu superei, eu tenho muita confiança nesta equipe, estão muito atenciosos, e não tem remédio para isso que eu tenho, tem? Eu nunca perguntei, eu não sou revoltada, aceito tudo que vem, porque se revolta, fica pior'.*

E sobre o que mudou na sua vida após o diagnóstico, nos relatou demonstrando um processo de negação da sua realidade *'até os quarenta anos nunca tive medo. Depois do acidente de meu filho* (moto), *parece que desligou os nervos da cadeira, e ele não tem movimento de braço erguido, então eu levei aquele choque, até este ponto eu nunca tive nada. Será que foi isto? O que eu tinha que fazer para não acontecer mais, e eu deixar... '.*

Sobre as pretensões para sua vida futura, contou-nos *'eu gosto muito de trabalhar, eu quero ficar boa logo para trabalhar, cuidar das noras e dos filhos. O trabalho distrai. Voltar a viver, graças a Deus, eu sou boa, eu ajudo as pessoas'.*

Sobre sua vida passada falou com gratidão *'A mãe dele* (Dr. N.A.A.) *tinha dois filhos, e queria uma menina para criar e pegou eu, não para fazer de empregada, eu fui criada tudo junto, depois de dois anos ela engravidou e teve uma menina, ela era nutricionista e trabalha em São Paulo. Um dia ela indo para São Paulo, bateu em um caminhão e morreu. Então eles me tem como filha. Meus pais não tinham condições, eu era muito vaidosa, aí falou com mãe, – Cê liga para ela. Gostei. Foi duro acostumar, ela foi agradando, comprando coisas e eu acostumei. Foi bom tudo, o que eu sei fazer devo a ela, porque ela que me ensinou. Minha mãe de verdade mudou e ela me visita'.*

CASO GE 22

HOMEM: N.V., 57 anos, ginasial, casado, natural de Pouso Alegre – MG, Católico.

Sempre residiu na cidade onde nasceu e teve diversas atividades profissionais: topógrafo, eletricista, lojista, montador de móveis e pintor de paredes. Disse estar na luta, que aceita tudo; *'sou escoteiro há 20 anos, o que davam para eles é primeiro socorros, escoteiros não pode manter plantão no acampamento. A família é pobre, nós fica na mesma vida'.*

Possui quatro irmãos, todos vivos. Uma irmã é diabética, a bisavó e a mãe tiveram câncer. Têm três filhos vivos.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebida alcoólica. Gosta de tomar café morno e água fria.

Consome carne vermelha gorda regularmente. Come pouco peixe, verduras, frutas, legumes, cereais, raízes e tubérculos. Gosta de torresmo e pimenta do reino. Não consome leite, queijos e ovos.

Ao ser perguntado como se sentia ultimamente, demonstrou estar preocupado e desconfiado *'um pouquinho de preocupação todo mundo tem com esse negócio que você cata. Mas se vai ter que tirar, então tira. A gente não sabe o que é, eles também não sabem. O que preocupa, é não saber o que tem, se fosse tireóide, se fosse um nódulo... mas a médica do hemocentro disse que câncer não é'.*

Relatando suas impressões sobre a doença, deixou transparecer o processo de negação em que está inserido, falando de sua falta de informação e descrédito na cura *'eu não tenho uma idéia concreta, eu me resfrio muito, posso ter levado uma pancada, não sei. O câncer quando é no organismo, ele acaba com a vida mais rápido, come tudo, se fosse no osso, é só tirar o osso ou rapar, faz qualquer coisa, por exemplo, é cortar a perna. No organismo come tudo com morte. Só Deus sabe, eu não penso nisso, eu já falei que quando ele* (Deus) *precisar de mim, é só chamar, pensar porque, não adianta'.*

Ao ser perguntado se mudou alguma coisa em sua vida após o diagnóstico, nos contou com simplicidade *'Eu creio que não, tá tudo do mesmo jeito. Só a cirurgia, a gente não sabe o que é!'*

E sobre o que deseja realizar em sua vida daqui para frente disse em tom queixoso *'só Deus sabe, a gente não pode fazer planos, não tem jeito, a gente só tem ilusão, mas plano não. A gente não sabe o dia de amanhã, por exemplo, eu vou de carro, porque de mulher é chato, eu quero mas, não posso ter, o que adianta.*

Nos contou que *'em noventa e seis senti uma dor nas costas, nada adiantou. Teve um dia que fui jogar futebol e não agüentei mais a dor. Eu não agüento mais a dor! Fui no centro médico particular. Não andava mais. Pediu oito mil reais para o tratamento e mais duzentos reais a hora. Aí a mulher falou: vai para a Unicamp, a dor tava grande, se*

alguém falasse: vão cortar o dedo eu tirava. Era um tumor na coluna, um meloma. E eu tinha um buraco na cabeça, o meloma tinha comido o osso. Fiz radioterapia no hemocentro. Acho que minha voz tava mais rouca (oito meses). *Aí fui para o otorrino fazer pulsão. Agora tenho um problema de vista sério, mulher feia não enxergo nem de perto'.*

Continuou a relatar sobre sua vida passada lamentando, *'a vida foi difícil porque a família sempre foi pobre, comecei a trabalhar com onze anos. Tinha que cuidar de quarenta porcos, lavava chiqueiro, banhava os porcos. A vida foi difícil, muito difícil, por isso que sou forte'.*

Mostrou certo rancor pelo pai, ao nos contar *'meu pai sempre foi genioso. Nossa! Ele brigava com a gente, fazia a gente mentir porque não concordava com ele. Até hoje eu não concordo. Tá morto, mas não concordo. Sabe por que? Ele bebia, comprava duas garrafas e colocava embaixo da cama, mas bebia só em casa, ninguém viu ele bêbado. Ele era mais bravo comigo do que com os outros, mas eu era bravo e briguento, era estilingue'.*

'Feliz, feliz ninguém é. Eu casei, é gente comum, não bate o gênio, mas sair dessa eu não saio, tem que cumprir o dever. Acho que a mulher não é cachorro e nós também não. Quando eu fui no altar com ela, eu prometi. Ela tem o coração de ouro, mas um gênio que é peste. Perdoe o que eu fui no passado,hoje estou com Deus e sua imagem não é mais minha sombra. Eu tive duzentas e tantas namoradas, a maioria é mentirosa. Eu nunca menti'.

'Tenho uma filha que tem o gênio que nem meu pai explode que só. A outra também explode a toa, só que é mais calma, mas tem gênio. Perdoe o que eu fui no passado, hoje estou com Deus e sua imagem não é mais minha sombra. Eu tive duzentas e tantas namoradas, a maioria é mentirosa, eu nunca menti'.

'Tenho uma letra que fiz para a primeira namorada, então eu escrevi assim:

Tem razão, eu ainda te quero

E jamais deixei de te amar,

Muito embora eu esteja sofrendo,

Que Deus me castigue

Se eu for te buscar,

Sei que outros homens te querem,

Até sinto orgulho em saber

Que tem orgulho de ser cobiçada,

Assim tenho motivo para não te querer.

Muito embora eu estaja sofrendo

Achas graça da minha desgraça.

Como podes ser tão ruim assim?

É uma falsa, se ainda se lembra de mim,

Meu desejo é que siga sorrindo

E mostrando teu lado ruim.

Hoje eu sofro

E tu vives cantando...

Vamos ver quem gargalha no fim!

Apesar do rosto sorridente, da expressão amigável do 'bom escoteiro', deixou transparecer todo ressentimento e a tão contida hostilidade pelo abandono, representado pela primeira namorada.

CASO GE 23

MULHER: L.P.S., 29 anos, primária, casada, natural de Grarantã – SP, Católica.

Trabalhou na roça por cerca de dez anos em sua cidade natal. Mudou-se para Campinas – SP, aos 17 anos, onde reside atualmente.

Possui 12 irmãos, nove vivos, três mortos, um por acidente de carro e outros de trabalho. Tem dois filhos, ambos vivos. Relata que seus pais têm problema do coração e sua mãe tem pressão alta.

Fuma desde os 18 anos de idade, 20 cigarros por dia e nos conta *'meus pais fumavam e eu achava bonito'*. Não tem por hábito ingerir bebidas alcoólicas.

Alimenta-se carne vermelha duas vezes ao dia, pouco frango e peixe. Verduras, legumes cereais, frutas, raízes, tubérculos e doces come regularmente. Não consome queijos, leite e ovos. Utiliza regularmente condimentos no preparo da alimentação e gosta de torresmo.

Quando indagada sobre como se sentia ultimamente, demonstrou estar angustiada, com medo e em pleno processo de negação da sua realidade dizendo não saber o que tem *'aí... eu me sinto muito nervosa, irritada, com dor de cabeça. Tô muito preocupada com a cirurgia. Eu nunca fiz, é a primeira vez. Aí a gente pensa bastante besteira, que o médico falou que eu vou ficar um tempo sem falar. Eu não sei o que tenho. Eu tô aqui e meu filho está nas mãos de outros. Eu queria que me operassem logo para ir embora logo. Tô me angustiando'*.

Ao falar das impressões que tem da doença mostrou um certo desespero e desesperança *'eu tenho medo de ser câncer, porque quem tem câncer não tem cura. Você pode ficar se tratando, tratando que não adianta. Eu acho assim, mesmo que o médico diga que tem cura, eu acho que não tem cura, que fiz muito mal, a gente entra em desespero. Quem tem isso, nem pensa mais em viver'*.

Nos contou, tentando manter uma postura de força perante o outro, o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, no comecinho deu desespero, tudo na gente, mas.... no meu caso, tem que ir à luta, porque tenho dois filhos. Meu marido fica mais preocupado, eles não falam, mas eu percebo, antes eu chorava, mas agora manero'.*

Sobre o que pretende realizar em sua vida, disse *'acho que a mesma coisa, cuidar dos meus filhos, estão tão pequenos, precisam de mim, menina cinco anos e menino dez anos... faz agora em novembro'.* Começou a chorar em silêncio, um choro de medo, muito medo *'esse é o meu medo de não saber nada, ninguém me fala nada'.*

CASO GE 24

MULHER: A.R.N., 79 anos, viúva, analfabeta (lê e escreve mal), natural de Itapira – SP, Católica.

Filha de imigrantes italianos, sempre morou na área urbana da cidade onde nasceu. Nunca trabalhou fora de casa.

Possui três irmãos, dois vivos e um morto por enfarto. Tem dois filhos, um vivo e o outro falecido de derrame. Começou a chorar ao falar do mais velho *'morreu faz dois anos de derrame, fiquei muito magoada, muito triste, morreu de derrame faz dois anos'.* E chorou um pouco mais.

Relatou como doenças na família, a diabete do filho, um irmão com doença do coração e a pressão alta da própria paciente.

Nunca teve por hábito fumar ou ingerir bebida alcoólica. Gosta de tomar café e café com leite, água e refrigerante bebe regularmente.

Aprecia comer carne vermelha. Não tem por hábito comer peixes, nem leite e queijo. Ovos, verduras, frutas, cereais, legumes, raízes, tubérculos e doces, consome regularmente.

Ao relatar para a entrevistadora de como se sentia ultimamente, o processo de negação da realidade que está inserida ficou em evidencia, quando tentou demonstrar seu desconhecimento sobre a sua enfermidade *'quero dizer que estou me sentindo bem, mas pensar a gente pensa né! Mas como eu digo, vai dar tudo certo! Eu tava mesmo muito preocupada, porque quando ele começou a crescer, ele inflamou, formou uma casca e vazou. Quando minha nora viu, ela levou no médico de Itapira e deu remédio para desinflamar e falou que quando melhorar pra trazer aqui, porque ele não tinha aparelho que tem aqui. Então me trouxeram aqui. Era uma coisinha pequenininha assim* (gesticulando com os dedos), *aí ele começou a crescer'*.

Deixou transparecer angústia ao relatar suas impressões sobre a doença *'eu pensava que fosse verruga, mas agora quando começou a inflamar, eu fiquei nervosa, preocupada, eu fiquei pensando no que seria isso'*. Começou a lacrimejar e a chorar, mas continua seu relato, *'aí minha nora foi falando comigo de tudo para não ficar preocupada. Aí fui ficando com mais coragem, agora eu tô melhor, um pessoal dado, maravilha que trata a gente bem, e com isso estou contente. Ah... eu pensei que fosse uma coisa, como doença perigosa, que fosse câncer. Eu tinha medo de uma doença, que não penso que fosse coisa ruim, não sarasse mais, só saiu num lugar ruim, perto do nariz, a gente pensa que fosse coisa ruim. Eu pensava, meu Deus será que eu vou sarar, mas eu pensei assim, seja como Deus quiser, ele vai me deixar calma'*.

Quando indagada sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, nos respondeu certa esperança *'ah... no começo eu fiquei triste, depois um fala, outro fala, aí eu fiquei com mais coragem, só a preocupação, fiquei desanimada, como tava depois que o médico receitou o remédio. Depois que o médico daqui explicou, disse que tinha que operar e fazer um pequeno enxerto, mas isso a gente sabe que vai melhorar. Acho que eu queria saber se depois de operar, se vai ter que fazer curativo, se tem que fazer aqui ou pode fazer lá, a gente fica mais tranqüila, é bom a gente saber'*. Neste momento, a entrevistadora esclareceu a dúvida da paciente após consultar uma enfermeira do setor.

Nos disse com simplicidade sobre o que pretende realizar em sua vida *'ah...., pode fazer um servicinho, ter sempre um serviço para fazer, porque eu gosto de ter sempre o que fazer, porque minha nora trabalha numa clínica das seis horas até o meio dia.*

Depois ela tem um casal de netinho, então o que eu puder eu faço, varro o chão, passo pano, se tem roupa eu passo'.

Continuou seu relato com fatos sobre sua vida *'o marido era mais ou menos, não era daqueles muito amoroso, ele era nervoso assim de beber, mas bater nunca. Depois de anos ele morreu de derrame, tinha duas crianças pequenas, sempre tive irmãos que ajudava. Eu tinha minha mãe que morava comigo pra ajudar a olhar as crianças, eu trabalhei um pouquinho de empregada, depois não deu certo. Aí meu irmão falou e larguei o trabalho que o que a gente puder fazer a gente faz. Aí as crianças foram crescendo. Ele* (filho) *sempre gostou de dirigir, desde pequeno ele fala de dirigir, ele tirou carta e trabalha muito de motorista. Viaja muito com ônibus da Crisália e o outro* (filho) *gostava de ser marceneiro, ele trabalhou com o tio e tudo foi dando certo.*

Com profunda tristeza finalizou seu relato *'tenho sentimento de tristeza, de perder pai, mãe, irmão, depois de um tempo perder filho, mas eu peço muito para Deus dar coragem e vai indo passa'.*

CASO GE 25

HOMEM: L.Q.S, 60 anos, primário, solteiro, natural de Guariba (Faz. São José) - SP, Evangélico ha oito anos.

Morou muito pouco tempo na cidade natal, mudando-se com a família para Araras – SP na área rural por seis anos. A família mudou-se para Campinas – SP, cidade onde reside até hoje. Começou a trabalhar com 15 anos. Já foi pedreiro, carregador de caminhão de frutas e por última atividade no laboratório químico industrial.

Quanto a sua religião, disse crer muito em Deus e tem por hábito fazer jejum e orar. É o filho caçula de um total de nove, com apenas dois vivos. Dos sete mortos, um faleceu de tifo e os outros não sabe. Relatou como doenças na família o câncer da cunhada e a sua própria pressão alta.

Começou no vício do fumo aos dez anos, fumando cigarro de palha, três por dia até os 52 anos. Atualmente, fuma cigarro com e sem filtro, um maço de cada por dia. Charuto fuma raramente.

Também aos dez anos de idade, começou a tomar bebidas alcoólicas. Pinga consumia uma garrafa e cerveja duas garrafas por dia. Também apreciava, champagne, bagaceira e batidas. Parou com as bebidas aos 52 anos. E completou *'não tinha quantidade, na bebida fui exagerado'.*

Gosta de tomar café, bebendo dois copos diários; chá, uma garrafa, café com leite e água um litro por dia.

Gosta de comer carne vermelha, bem gordurosa; verduras – alface, rúcula, almeirão, chicória; frutas – mamão e banana e cereais regularmente. Peixe, consome muito pouco; legumes, raízes e tubérculos, duas a três vezes na semana e doces raramente. Gosta, também, de toucinho e torresmo, mas come pouco. A alimentação é sempre preparada com condimentos fortes. Completou dizendo, *'atualmente a comida se for ressecada não passa na garganta, tem que ser caldosa'.*

Contou-nos estar contrariado com o tratamento *'ultimamente... me sinto chateado, porque não dá pra fazer o que fazia antes, tem que fazer dieta, eu faço chateado sinceramente, não dá para fazer aquilo que gosto'.*

Ao ser perguntado sobre as suas impressões da doença, deixando a responsabilidade da cura na sua fé, nos disse *'olha, uns dizem que é provocado pelo cigarro e a bebida, outros dizem que não, então o que a gente vai pensar na vida. Eu penso que é uma parte que tenho que passar, não assusta e preocupa em nada e como evangélico, o único santo é Deus, eu converso com ele todo dia pra que a cirurgia seja feita rápido e tenha melhora, enfim, fazer tudo aquilo que a gente gosta'.*

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, nos contou sem saber o que falar, mostrando estar confuso *'ah... que eu posso dizer que mudou... eu acho que não, que continua tudo igual, porque antes eu trabalhava, agora eu trabalho também. Tá tudo a mesma coisa. Não tem mudança nenhuma'.*

E sobre o que pretende realizar em sua vida relatou com conformismo *'eu acho que pretendo continuar do jeito que eu tô, solteiro, trabalhando, ganhando o meu por fora, porque a aposentadoria não dá. Que se eu aposento, eu vou continuar*

trabalhando para manter o padrão de vida, porque o dinheiro da aposentadoria não dá pra nada. Veja bem, eu sou pessoa enferma e tenho que continuar trabalhando. Eu saio, dou minhas voltas, assisto televisão e brinco com meu sobrinho, que eu adoro tanto (chora muito, deixando transparecer sua tristeza). *Ele não me larga, agora aqui neste hospital e ele lá, sinto muita falta dele. Eu queria tá em casa, com a saúde perfeita, mas não dá, tô aqui, fazer o que...'* Continuou a chorar, dizendo *'tristeza eu não guardo... sou uma pessoa que sempre fui alegre'.*

Relatou fatos sobre sua vida de modo desordenado, transparecendo uma certa confusão mental: *'o que eu posso dizer... sou solteiro até hoje, minha vida era diversão. Gosto de pescar, jogar bola, nunca dancei num baile, fui bagunceiro, eu bebia, fumava. Toda bebida que aparecia eu não enjeitava'.*

'O primeiro café era uma dose de pinga, podia tá frio, podia não, então pra dar uma esquentada e dá coragem tomava uma dose, o banho sempre foi frio'.

'Eu com 12 anos de idade, fraturei o braço, tive uma enfermidade com bolhas pelo corpo todo e fiquei três meses. A única coisa que a gente precisava era dinheiro, tem tanta gente que se diverte às custas de dinheiro, penso eu que devia ser todos iguais'.

'Eu não me casei pelo seguinte, eu até os 16 anos, eu não pensava em namorar, depois o mundo vai mudando e você vê tanta briga, discussão, gente separando depois de um ano de casado. Eu acho que tá errado, penso que casar é para sempre, então casar pra que? Então para ficar batendo e espancando as filhas dos outros, eu permaneci do jeito que nasci'.

'Tenho uma sobrinha que tem um filho antes que casou já vai fazer um ano. Ele até foge, não trabalha'.

CASO GE 26

HOMEM: B.D.S., 52 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Tambaú – SP, Católico.

Morou em Tambaú na área rural até os três anos de idade. Mudou-se para Alfenas - MG, ficando nesta cidade por quatro anos. Em Barretos – SP, trabalhou na lavoura, plantio de café e depois como boiadeiro. Por mais de 30 anos trabalhou na plantação de palmas, em Porto Ferreira – SP. Atualmente mora na cidade de Mococa - SP.

Possui três irmãos e quatro filhos, todos vivos. Não relatou problemas de saúde na família. Falou que um dos filhos teve problemas no nascimento *'nasceu com problema, tinha uma veia do coração ligada ao pulmão. Quando ele nasceu deu um crepe ficando pretinho. O médico disse que podia morrer nos braços nossos. Agora ele é outro, esperto tá gordo'*.

Comentou que em sua casa o pai fumava e bebia *'fumava negrito, um cigarro pretinho, meio doce'*, e que seu início no vicio do fumo foi *'para acompanhar colegas no meio da turma, para distrair'*. Começou a fumar cigarro de palha com 16 anos. Aos 48 anos diminuiu por causa da doença. Fumava dez cigarros sem filtro por dia, até os 32 anos. Atualmente, fuma diariamente cinco cigarros com filtro.

Iniciou-se ao hábito de beber com 16 anos dizendo *'pra acompanhar os amigos em bar e festas'*. Tomava 12 copos diários de pinga, parando aos 41 anos. Fez um comentário sobre vinho *'vinho é um veneno, faz dar derrame na gente, porque engrossa o sangue. Tenho um amigo que só bebia vinho, engrossou o sangue e morreu'*. Toma pouco café, apenas uma xícara e um litro de água por dia.

Alimenta-se de carne vermelha cozida de todo tipo, três vezes na semana e peixe apenas uma vez. Não consome leite e queijo. Gosta de ovos, comendo duas vezes na semana. Verduras – alface, jiló e tomate, três vezes na semana. Legumes e raízes – mandioca, come pouco, porém o mês inteiro. Utiliza-se de tempero forte no preparo das comidas e gosta de torresmo.

Ao ser questionado sobre como se sentia ultimamente, mostrou-se mais preocupado com sua família e com a eleição do que com a própria patologia, utilizando-se de negação para enfrentamento da doença *'não tô preocupado. Tô preocupado com os filhos. Tô preocupado em perder a eleição tem que anular quem não vota, mas cuida da saúde é melhor. Não tô nervoso de estar doente, tô conformado. É bom que opera, sara, melhora, o médico disse que tem chance de sarar. Ele raspa e leva para exame, eu falava pra todo mundo que tava com começo de câncer, eu falava pra todo mundo. Se tiver medo mata, se não tiver medo, mata de todo jeito. A médica falou se não tira enraíza e vai para outro lugar* (mostra o braço, ombro, costas)'.

Demonstrou seu medo da morte ao relatar sobre suas impressões da doença *'opera e sara. Se eu demorá mais pra operá, ela pode espalhá. Se operá agora ele não espalha, porque tá pequeno. Acho que é câncer, porque a tireóide não mata. Se fosse tireóide era mió. Se for câncer... por Deus... fazer o que, tem que conformá'*. E completa *'o meu moleque disse que pai não tem nada na garganta não. Tá comendo dois pratos de comida. Come dois pratos e meio de comida'*.

Ao falar sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico mostrou-se cético quanto à doença *'não mudou nada, eu não esquento a cabeça, fiz exames, tá bom, não deu nada, vai dar pra comer, então tá bom'*.

E sobre o que pretende fazer em sua vida daqui para frente disse *'pretendo me aposentá e ficar à toa, ajudar a mulher. A mulher num servicinho, dar uma descansada; fica quieto em casa, porque não dá pra trabalhá mais. Eu falei pra mulher que queria trabalhá. Ela disse que não ia dar mais não, ela é boazinha, trabalhadora. Trabalha na roça com o filho mais velho'*.

CASO GE 27

HOMEM: N.S.B., 55 anos, analfabeto (lê e escreve mal), viúvo, natural de Santo Antonio da Platina – PR, Católico.

A família mudou-se várias vezes de cidade; dois anos em Santo Antonio da Platina PR; Londrina – PR por um ano; Ubiratã - PR e São João do Ivaí - PR por um tempo maior, 20 anos. Chegou a trabalhar dois anos no Paraguai e depois em Mogi Mirim – SP, sempre em atividades na lavoura.

Ficou órfão de mãe aos dois anos de idade. Tem apenas uma irmã separando-se dela aos sete anos de idade e nunca mais a encontrou. Possui dois filhos, ambos vivos. Relatou que sua esposa também tem câncer como ele.

Começou a fumar aos 14 anos cigarro de palha, fumando sete por dia e cigarro com filtro vinte por dia até os 55 anos de idade e comentou *'ah... via os outros fumando, sabe como é, começa experimentando... via meu pai fumando, meus tios, todo mundo'.*

Tomou pinga dos 15 aos 21 anos, um copo por dia e cerveja até hoje, uma garrafa por semana.

Gosta de tomar café quente, vinte xícaras por dia e café com leite, quatro copos diários. Bebe cinco litros de água todos os dias e uma garrafa de refrigerante por semana.

Alimenta-se de carne vermelha quatro vezes na semana, peixe uma só. Não consome leite, queijo, frutas e leguminosas. Come ovos três vezes na semana, verduras e cereais todos os dias. Raízes, tubérculos e doces duas vezes por semana. Gosta de torresmo comendo uma vez na semana.

Ao ser questionado de como se sentia ultimamente, falou de seus dilemas de forma confusa e mudando de assunto várias vezes *'para falar a verdade pra você eu me sinto bem, eu não senti nada no corpo, não vou falar que não tenho nada, mas eu não sinto. Se tirar isto daqui da testa, o médico falou que não posso tomar sol, tenho que comprar um chapéu, bem grande. Não tem como eu não tomar sol. Eu sou sozinho, só eu tenho que fazer as coisas e no braço, tudo. Agora que eu tava esperando, faz quatro meses que estão*

esperando, aí eu ficava nervoso, porque eu ia na roça, é isso. Tá mais cheio de mosquitinho, fica lambendo, daí aferroa, queima, coça, lateja, parece que tem um bicho mordendo. Ficava nervoso e ficava chutando as coisas. Brigava com a menina sem ela merecer, aí ela começa a chorar. Eu sou uma pessoa ruim por ficar longe. Ela chora, ofereço um lenço na preocupação né. Fico pensando se ela tá na escola, se tá perdendo aula. Comigo não preocupo mais, não tem solução. E ela fica sozinha lá (chora, respira sufocado); *e fazer o que'.*

Sobre as impressões que tem da doença nos falou com certa esperança nos médicos *'eu sei o que é, porque o médico já falou que ia ficar com medo porque é câncer. Não fico não; acho que o câncer é perigoso, minha mulher morreu de câncer no útero; no meu caso, o médico disse é só tratar e colocar um remendo lá, enxerto, não pode voltar noutro lugar, a gente pensa e se volta, volta para o hospital, o câncer de pele tem que operar, senão cresce e toma tudo, mas eu vou me cuidar. O médico falou que eu tenho que me cuidar, ele disse que meu rosto é um ninho de tumor, que tira vem outro, eu só me preocupo quando tô doente é ruim porque tem que cuida escondendo o rosto de todo mundo, quem sabe, tudo bem. Agora quem não sabe, qué fica longe da gente, eles acha que é doença contagiosa e fica longe da gente, no gesto noto né, jeito da pessoa que ele afasta'.*

Ao falar sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico sua angustia em relação ao preconceito das pessoas ficou evidente *'é como eu falei para você, eu noto no jeito da pessoa, que ele afasta, e a gente não era, fica de longe, se escondendo, usar boné apertado e como dói. Então eu não saio, fico em casa com ele sozinho, tem que fazer serviço de mulher, lava roupa, cozinha. Ela vai para a escola seis horas e volta ao meio dia, almoça e tem que fazer os problemas dela, sabe como é, mulher é diferente, não fica de pegar agora não'.*

Sobre o que pretende fazer daqui para frente, mostrou o seu conformismo em relação à vida *'não tem nada que eu quero fazer, só cuida disso aqui, limpar meu rosto, sarar e não crescer mais, e cuidá da vida, como eu tô fazendo, levá a vida como Deus quer'.*

CASO GE 28

HOMEM: A.S., 73 anos, analfabeto (lê escreve mal), casado, natural de Araras – SP, Católico.

Trabalha dede a infância na lavoura, segundo o entrevistado, somando-se os anos, perfazendo 57 anos. Atualmente reside em Aguaí – SP.

Vem de uma família com oito irmãos, sendo cinco vivos e três mortos. Um de câncer, um natimorto e terceiro disse não saber a causa.

Possui quatro filhos, todos vivos. Doenças na família contou que o pai tem problemas no coração e o irmão câncer.

Iniciou o vício ao cigarro de palha aos 16 anos e aos 23 anos, cachimbo, consumindo cinco por dia de ambos até os 68 anos, quando parou. Bebeu dos 17 aos 68 anos, sendo a pinga oito copos por dia e cerveja duas garrafas por dia.

Bebe café quente oito xícaras por dia e café com leite dois copos por dia. Refrigerante, um litro ao dia.

Alimenta-se de carne vermelha, quatro vezes na semana. Peixe, frutas, raízes e tubérculos, uma vez na semana. Diariamente consome queijo, cereais. Verduras e leguminosas, duas vezes por semana. Gosta de doces – bala, consumindo diariamente. Gosta de comer torresmo e salgadinhos.

Ao entrar na sala, ainda em pé Sr. A. S., muito nervoso e trêmulo, começou a chorar e erguendo as mãos em súplica disse *'é você que vai me ajudar? Eu tô tão sentido, triste, emocionado'.*

No seu relato sobre como estava se sentindo ultimamente nos falou emocionado e angustiado, *'tô me sentindo meio nervoso, me preocupo por causa desse carocinho e do olho que arde um pouco mais eu enxergo bem e esse caroço que some e volta. Eu tenho saudade da família* (fica nervoso e chora). *Você acha que tem perigo? A cirurgia é de matar, às vezes eu fico com medo'.*

Ao falar sobre as impressões que a doença lhe traz, mostrou um desespero descontrolado *'eu tenho medo que ela seja uma doença braba, um câncer... pelo amor de Deus... pelo amor de Deus... meu irmão teve. O câncer é uma doença que dá muito, este não dá nada, eu é que acho que o câncer dá muito, muito porque por isto eu fico indeciso, mas se Deus quiser, o DR. A. falou que é câncer de pele, que tá na pele. O câncer mata, não tem cura, tchau bolo, tchau belo A.* (fala o seu nome), *ele mata'*.

Dizendo o que mudou em sua vida após o diagnóstico falou de sua esperança divina quanto à cura e demonstrou todo seu medo da morte *'mudou um pouco, de nervoso no pensamento, penso que não vai sarar, eu rezo muito para Nossa Senhora, pra Deus, mas a gente tem idade e eu não quero morrer, quero ficar com a minha família. Ah..... eu fico que a gente se preocupa, se vai dar certo, mas não precisa preocupá, se Deus quiser, é ele que manda tudo. Eu tô pedindo para Deus, para tudo dar certo para eu ir embora'*.

Ao ser indagado sobre o que deseja fazer de sua vida, nos respondeu com intensão de choro, mas apenas lacrimejando *'se eu sarar? Eu quero ficar com a minha família, eu quero ficar com a minha mulher, eu amo muito ela, tenho muito amor por ela, a M.* (nome da esposa) *e meus filhos. Então queria não fazer mais nada, ter saúde, viver a vida'*.

CASO GE 29

MULHER: V.C.B., 25 anos, colegial, casada, natural de Itambé – PR, Católica.

Com dois anos de idade, mudou-se da cidade de onde nasceu, passando a morar em Marialva –PR, depois, Colorado – PR, Monteiro Lobato - PR, Maringá – PR, Sarandí – PR, e Hortolândia – SP, onde fixou residência há oito anos.

Possui quatro irmãos, todos vivos. Tem um filho. Relata que seu pai tem diabete, seu avô paterno, câncer, e sua avó paterna, doença do coração e pressão alta.

Não tem o vício de cigarro e nem o hábito de tomar bebidas alcoólicas. Bebe uma xícara de café e café com leite, pelando, por dia. Consome três litros de água fria, por dia.

Come carne vermelha regularmente e peixe duas vezes por semana. Gosta de tomar leite todos os dias, ovos apenas um dia da semana Não come queijo. Consome regularmente verduras, frutas, legumes e cereais. Raízes, tubérculo e doces, três vezes na semana. Come muito pouca gordura.

Mostrou-se insegura e agitada com a doença dizendo estar *'preocupada, sei lá, a gente chega aqui, nestes estados, aí eles falando coisas na cabeça da gente, eu perguntei se ia ficar com a boca torta, se ia espalhar tudo pelo corpo, ele falou que a possibilidade era mínima, igual de um avião cair na minha cabeça. Fiquei mais aliviada e feliz'.*

Sobre as impressões da doença, trouxe uma postura em não preocupar os outros, mas deixou transparecer todo seu temor *'no começo eu pensei que era tumor benigno, aí ele falou que era maligno. Aí eu achei que ia morrer, e fiquei pensando um monte de coisa, que ia se espalhar, se ia te que fazer radioterapia. A gente tinha medo de cair cabelo, aí eu perguntei pra moça do lado, ai meu Deus, porque perguntei. Ela pegou de cabeça e espalhou pelo tórax. Minha avó morreu, dela já era tarde, espalhou tudo, minha mãe não sabe nada, pelo amor de Deus. Por isso eu não tenho nada, falei que ia tirar um nódulo.* Por que? (pergunta da entrevistadora) *Pra ficar olhando com cara de piedade, fica com dó, vai achar que eu vou morrer logo ou daqui a quatro anos. Nem meu namorado sabe'.*

Demonstrou o processo de negação da realidade ao ser questionada sobre as mudanças após o diagnóstico *'ah... não assim, às vezes eu fico assim... mais preocupada, ninguém sabe. Oh, antes do hospital o pessoal fica falando que fulano não vai falar mais, vai ficar com furinho, que o outro tá morrendo, aí a gente fica desesperada. Eu penso assim, que o que tiver que ser será, o que tem que acontecer, eu antecipava tudo, agora eu aprendi, não quero fica colocando coisa na cabeça, tem que ter pensamento positivo'.*

Perguntada sobre suas pretensões para sua vida, deixou transparecer seu sonho *'eu e meu marido tá tentando mudar para São José do Rio Pardo - SP, construir nossa casa, mudá de cidade, não quero mais trabalhar em casa de família, mas as pessoas não deixam, não dão chance, querem experiência, mas não de ficar parada, nunca fui dependente, nem do meu pai. Se Deus ajuda eu pretendo ir para lá depois da cirurgia'.*

Finaliza a entrevista relatando não gostar do que se vê no hospital *'aí depois tem aquela mulher no quarto cheio de problema, tem o rosto torto, teve que tirar o osso e fazer enxerto, então fiquei com medo. Achei que ia acontecer comigo. Aqui neste hospital tem mais gente que nos outros, é muita gente, você vê de tudo'. Nos corredores casos mais graves até os mais simples, eu não gosto de vir aqui, a primeira vez que vim fiquei muito assustada, a gente vê cada coisa feia. Eu tava no banheiro e colocaram a mulher, levei um susto, levei aquele choque. Ver uma pessoa assim, ninguém gosta de ver'.*

CASO GE 30

MULHER: D.C.B, 50 anos, ginasial, casada, natural de Vila Rica – BA, Católica.

Viveu até os dois anos na cidade natal, mudando-se para Araçatuba –SP, onde permaneceu durante 16 anos. Muda-se para Rondonópolis – MT, morando Durante quatro anos nesta cidade. Muda-se agora para Corumbá – MT e lá reside por quatro anos. Vem para Campinas – SP, morando na cidade por sete anos. Volta para Corumbá, MT e há um ano retorna à Campinas – SP, para tratamento.

Vem de uma família de um total de 13 irmãos, sendo oito vivos e cinco mortos, tendo como causa de morte um de acidente, infecção no pulmão, assassinado a tiros, não lembrando dos outros. Possui três filhos, todos vivos. Relata como doença na família as do pai, pressão alta e câncer.

Por um pequeno período de tempo, dos 14 aos 19 anos, fez uso de cigarro com filtro, consumindo 12 cigarros por dia. Contou, *'eu morava na roça, pai, vou acender um cigarro pra espanta mosquito. Daí eu comecei a tragar, meu pai me dava, aí foi indo. Depois eu levava o cigarro escondido e virou vício'.*

Iniciou-se com bebida alcoólica aos 28 anos, bebendo seis copos de pinga por dia e duas garrafas diárias de cerveja. Parou de beber com 49 anos e completou *'eu comecei a beber porque meu casamento começou cair, eu tinha uma vizinha que bebia. Aí ela via eu triste, aí ela convida a beber na casa dela mesma. Aí quase meu casamento chega ao fim'.*

Gosta de tomar café quente e chá pelando, duas xícaras por dia. Água bebe um copo por dia e um litro de vitamina de frutas frio, por dia.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha gorda e uma vez na semana de frango e peixes. Não consome leite e queijo e frutas. Ovos duas vezes na semana. Consome regularmente de leguminosas e cereais. Verduras muito pouco e raízes e tubérculo três vezes na semana. Completou dizendo que *'adora torresmo'*, comendo duas vezes por semana.

Deixou transparecer o seu medo de não poder se alimentar como forma de negar a própria doença ao ser questionada sobre como se sente ultimamente *'olha menina, muita preocupação, a gente se preocupa com família, filho, é uma cirurgia muito complicada, eles vão ver se para tirar o caroço e na endoscopia tem outro aqui esôfago. Olha é só preocupação mesmo. Eu tô preocupada... ai meu Deus, eu não quero imaginá a quimioterapia, mas daqui um ano, um ano e pouco, nós não podemos operar, o médico falou, não vai dá, por causa da quimioterapia, tem ai o tumor, cresce e não vai poder comer. Eu adoro comer, eu amo, não quero ficar um palito, eu fico nervosa porque eu tomo vitamina e quero mais, não dá pra eu comer moça, abacaxi, porque não dá pra mastigar. Eu fico nervosa, olha, depois de almoçar é só preocupação'*.

Falou da doença com um tom de medo e desdém *'olha eu não sei viu... muitos falam que é por causa de eu fumar, aí eu não sei. Pelo jeito que eu vejo falo, que o médico fala para gente, que a gente vê nos jornais, que é tumor que não cura, que espalha e se não cuida no comecinho morre. O câncer não tem cura, a gente sabe, ainda não acharam a cura. Esse carocinho no esôfago é câncer, eu acho que é câncer, o peito não cresce nada, mas deve ser câncer. Câncer, sei lá, como não dói, pode ser glândula ou câncer. Às vezes eu penso se vai voltar, só às vezes, eu penso só às vezes... o médico diz que depende de mim, alguns operam e largam, acha que vai morrer. O meu medo é não poder comer'*.

Relatou em tom de satisfação e ao mesmo tempo culpa, sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'bom, mudou muita coisa, muda porque em primeiro lugar, me preocupo com minha saúde, tenho medo de morrer, mesmo assim a preocupação que eu falo, meu marido fica mais carinhoso, meu filho mais ainda, parentes mais afastados ficam*

mais perto. Meu marido mudou cem por cento. Eu penso, será que tudo isso é medo que eu morra? Será que é remorso? Outra, minha vida era muito extravagante, gastava muito, hoje não, aproveita o que posso, só o necessário, agora sou mais organizada, tá tudo normalizado. Eu penso, será que é o destino, precisô a doença prá mudá, prá muda tudo isso'.

Sobre o que pretende realizar em sua vida disse *'olha...eu pretendo* (olha para cima em suplício) *recuperar minha saúde, cuidar da minha família, ver meus filhos casarem, ficar velhinha. Se Deus quiser eu vou passar por cima de tudo isto, vou fazer a cirurgia, me recuperar, cuida do meu lar'.*

CASO GE 31

MULHER: M.A.F., 39 anos, ginasial, casada, natural de Campo Grande - MS, Católica.

Aos dois anos de idade foi entregue a outra família para ser criada na cidade de Bauru – SP, onde viveu até os 19 anos. Muda-se para Hortolândia – SP, onde mora atualmente há 20 anos. Há 14 anos trabalha em serviços gerais em uma casa de carnes.

Vem de uma família com dez irmãos, sendo oito vivos e dois mortos, um por acidente de carro e o outro na cirurgia, transplante de rins. Teve oito filhos, todos vivos.

No transcorrer da entrevista falou à entrevistadora *'nossa, tá bom falá com você, como a gente fala, dialogá. Ter alguém pra conversar é tão bom! No intervalo a gente pode continuar, se eles não levar embora o almoço, esses diálogo é bom, dialogar'.* Não relatou problemas de saúde com a família.

Começou a fumar aos 12 anos, e parou com 28 anos de idade e fazia uso diário de oito cigarros de filtro. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, consumindo dez xícaras por dia chá peno menos uma vez ao dia. Bebe dois litros de água por dia e refrigerante um litro diário.

Alimenta-se de forma regular de carne vermelha, verduras, frutas, legumes, cereais e doces. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, raízes e tubérculos. Não come gordura.

A paciente demonstrou que tenta se conformar com a doença, mas que nem sempre conseguia ao relatar de como estava se sentindo ultimamente *'olha... tô bem, o que começou a me dar, principalmente domingo, foi tontura e dor de cabeça e a gente fica ansiosa e preocupada, mais tem que aceitá, senão se agonia, e triste a gente fica né! É difícil aceitar este tipo de coisa e eu fico direto brava e nervosa, principalmente com as crianças, eles não entendem o que a gente tem'*.

Ao falar de suas impressões, mostrou seu medo da morte e a desesperança sobre a doença, dizendo *'ah... eu penso assim, que tem que tratá, que não tem cura, que se trata e pará de crescer. Eu tenho medo que se eu não cuidá, que ela esparrama pelo corpo. O médico falou que tem tendência né. Eu tenho medo assim que vai pegar no meu corpo todo e judiando aos poucos, acho que vai acabando com a gente devagarzinho, eu tenho medo de morrer desta doença, mas já tô com ela, fazer o que, tem que aceitar né'*.

Quando perguntada sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, falou com amargura sobre o comportamento das pessoas perante sua doença *'ah... eu acho que mudou sim, principalmente quando a gente fala que tem ela, a gente se sente rejeitada. Senti isso com amiga de serviço e principalmente a família, que são lindas e maravilhosas* (irônica). *A gente vê que não é tratada como antes, acho que tem medo de pegar né. Não fica perto da gente, não conversa, irrita até de conversar com a gente, eu já fui em casa de pessoa que quando falei que tava com a doença separou o copo'*.

Com tom de esperança, desdém e raiva, relatou suas expectativas sobre o que pretende realizar em sua vida *'eu tenho que voltar a trabalhar, o meu patrão disse que, se eu tiver bem é para eu trabalhar, porque para ele eu sou pessoa normal, eu quero lutá e acabá de cuidá dos meus filhos. Voltá mais ainda a vida normal... ah... depois da cirurgia, aposento... aposento, meu patrão é muito mal agradecido'*.

Sentindo necessidade de falar de sua vida, mostrou rancor e amargura pela vida *'eu sofri muito no passado, a família se afasta da gente, rejeita ter tuberculosa, o companheiro nunca fica junto na mesma casa, ele fica na dele, como diz, é melhor só do que mal acompanhada. Eu tô realizada depois que comecei a construir minha casa sozinha, eu tô realizada, agora isso que me realiza. A família sempre me rejeitô. Uma que eu não cresci com eles, então quando voltei, já percebi que eles não gostava de mim, porque minha mãe não tinha dinheiro e ela me deu para essa família criar. Deu eu né, porque onde come um come dez, isso deixa triste. A mulher me tratava bem né, deu estudo. Vim para ficar um pouco do lado da mãe, e dos irmãos, mas não valeu a pena não. Para mim não, porque nunca me aceitaram, até hoje eles são indiferentes comigo,* (começou a chorar), *na minha família sempre foi assim comigo, meus filhos não, eu não conto mais eles'*.

CASO GE 32

HOMEM: G.B., 68 anos, primário, casado, natural de Amparo – SP, não tem religião.

Filho de imigrante italiano da cidade de Veneza – IT, e mãe brasileira, sempre viveu na cidade de Amparo, iniciando sua atividade em loja de sapatos, trabalhando por 20 anos e em seguida mudou sua atividade para proprietário de um bar, atividade esta que manteve por 23 anos.

Integrante de uma família com nove irmãos, tendo seis vivos e três mortos, sabendo apenas que um teve problemas do coração. Tem quatro filhos, todos vivos. Relata que doenças na família teve um irmão com problemas no coração e um com câncer.

Aos 15 anos iniciou-se no fumo com cigarros de palha, três por semana, trocando por cigarro sem filtro aos 18 anos e vindo a parar aos 66 anos, consumindo neste período 30 cigarros por dia. Completou dizendo *'praticamente meu pai que pedia para pegar fumo para ele, aí eu era criança de tudo, fumava por brincadeira e por fim peguei o vício'*.

Começou a beber com 30 anos de idade. Bebia uma garrafa de pinga e outra de conhaque por dia. Deste vício no relatou *'fui obrigado a parar, sinto muita falta de álcool, o de pinga, cigarro não'*. Gosta de café quente, tomando uma xícara por dia.

Alimenta-se regularmente de carne, verduras, frutas, legumes, cereais, raízes e tubérculos. Peixe e ovos come duas vezes na semana. Não consome queijos, leite e doces. Pelo uma vez na semana faz uso de gorduras

Angustiado falou de como se sentia ultimamente *'ah... muita preocupação com isso daqui, que não há meio se vai pra frente, se não vai, se vai ser curado, nervoso, fico longe da família e fico nervoso, mas eu não sou nervoso, no meu normal, só por causa disso, o resto não tem nada'*.

Relatou sua desesperança na cura de sua doença dizendo *'ah... isso eu não sei, fico indeciso, o que pode acontecer, se vou ficar bom, eu me preocupo bastante, não sei não, o que eu vou passar, para morrer, é só isso que eu penso e todo mundo fala que vou ficar bom, mas eu só penso no pior, é melhor não falar'*.

A respeito do que mudou em sua vida após o diagnóstico mostrou seu inconformismo *'ah... mudou. Primeiro eu era alegre e brincalhão, agora eu sou mais pensativo, mais sério, ultimamente fico muito caseiro, ajudando em casa, primeiro quando tinha saúde, gostava de pescar, jogar esnuquinho, tomar minhas pingas, nunca briguei, nunca fui preso, nunca desentendi com a minha família'*

Relatou o que pretende fazer de sua vida daqui para frente *'ah... o que eu fazia sempre, ajudar o meu filho no bar. Eu não gosto de ficar sozinho em casa, gosto de ajudar, sempre tem que ter os amigos pra conversar, brincar com os netos que estão sempre em casa'*.

Falou em tom de desabafo sobre fatos de sua vida de modo confusional *'achava que era apendicite, e era um cisto que tinha no rim. Em 63 veio um amigo de outra cidade e pediu mil e duzentos e só tinha quinhentos, que eu ia fazer compra para a loja, aí eu emprestei setecentos e fui endossando, pagando juros, nunca mais vi o dinheiro e ele, mas paguei. Aí depois um vizinho da loja, que tava sempre, e ele quis montar uma firma de representação. E eu perguntei, mas você entende disso? Desse negócio eu endossei e ele não tinha nada...'*.

CASO GE 33

MULHER: V.S., 36 anos, colegial, solteira, natural de Sergipe – PE, Católica.

Natural de Pernambuco, não sabe dizer quanto tempo morou em sua cidade natal antes de mudar-se para a cidade de Bandeirantes – PR, onde permaneceu por oito anos. Mudou-se para Monte Mor – SP, estabelecendo-se por cinco anos. Inicia sua atividade profissional na cidade de Capivari como Babá, ficando neste trabalho por dois anos. Em para Campinas – SP, onde mora atualmente, trabalha como doméstica a dez anos.

Vem de uma família com sete irmãos, todos vivos. Informou que todas as pessoas de sua família materna têm doenças no coração, tendo a mãe com pressão alta. É solteira e não tem filho.

Nunca teve o hábito de fumar ou beber bebidas alcoólicas. Toma um copo de cerveja por semana de vez em quando. Não gosta de tomar café. Toma uma xícara por dia de chá frio. Água bebe um copo ao dia e refrigerante um litro por dia.

Come carne apenas três dias na semana. Não come peixe. Gosta de tomar leite e comer queijo, frutas, cereais, raízes, tubérculos e doces, consumindo regularmente todas as semanas. Não consome verduras, nem gorduras.

Angustiada, apreensiva e solitária, emocionou-se ao falar de como se sentia ultimamente *'ai dá uma tristeza e não sei a razão, tô preocupada com a doença e a cirurgia* (olho fica cheio d'água), *às vezes dá vontade de chorar, mas não choro, eu falo assim, eu vou pro quarto, acho que vou chorar, e não consigo, olhos enche de água. Eu me sinto sozinha. Sozinha, carente e abandonada. Eu vejo minha família no fim de semana. De primeiro eu chorava muito, aí tive várias decepções e jurei nunca mais derrubar uma lágrima'*.

Incerta do que pode lhe acontecer, mostrou suas impressões sobre a doença *'eu penso que é uma doença assim, que às vezes tem cura e outras que não tem, porque eu vejo as pessoas morrendo, mas, depois no fundo, no fundo os médicos vão achar um meio de tirar essa doença, de achar a cura'*.

Entre a revolta e o conformismo com o que lhe estava acontecendo, relatou sobre as mudanças em sua vida após o diagnóstico *'eu aprendi a dar mais valor na vida. De primeiro eu enxergava a vida assim, dê o que dê, agora eu vi tanta gente no mundo, por que eu me revoltei? Aí eu vi, tinha gente pior que eu, tava sendo egoísta! Por que justo isso ne mim! Eu não fui má pras pessoas, por que vi pessoas pedindo coisa! Eu que nunca pedi! Veio isso, aí eu descobri o Deus dá a cruz conforme a gente consegue carregar. Quando eu fiquei sabendo, eu chorei muito, fiquei revoltada, ai, eu não consigo explicar o que eu senti na hora, até hoje tem hora que eu me sinto tão pequena, uma formiguinha'.*

Mostrou seus sonhos pessoais, ao nos dizer sobre o que pretende realizar em sua vida *'ai... eu quero achar um novo serviço, que eu possa ver gente, conversar, ter contato, saber o que as pessoas pensam. Crescer profissionalmente e pessoalmente, porque não adianta crescer profissionalmente e continuar pequena'.*

Chorando falou sobre sua vida com tristeza e amargura *'sabe, eu não sou amarga com a vida, nem com a minha mãe'.* (faz uma pausa para chorar) E continuou o relato chorando, *'minha vida tá difícil, só decepção, tive tanta decepção. Minha mãe adora minha irmã, ela dá tudo pra ela, faz tudo por ela. Ela disse* (mãe) *que tudo que tiver de melhor ela vai ter, que ela vai casar com um homem rico e vai ter tudo'.* Abaixou a cabeça e chorou *'ela me disse que eu nunca vou ter nada, porque eu sou feia, que não adianta fazer nada, que nada vai dar certo pra mim. Eu sou uma boa pessoa, nunca fiz mal pra ninguém. Me sinto pequena, eu não tenho inveja da minha irmã, juro, de verdade, mas eu me sinto inferior, muito inferiorizada. E não sou só eu, todo mundo reclama dela, todas as outras irmãs, meu irmão, fala a mesma coisa... a vida é tão difícil para mim que não sei o que fazer, me sinto perdida, me sinto tão sozinha, carente, abandonada e desamparada. Eu não tenho amigos pra conversar, quando eu preciso de alguma coisa, não tem ninguém. Olha, às vezes me sinto tão sozinha, que eu prefiro morrer* (intenso sofrimento), *ir para outro lugar, acabar com isso. Prefiro morrer ao ficar tão sozinha* (chora muito por um longo tempo); *tive cinco namorados, o primeiro namorado bastante tempo sabe, começou a sair com outra. Você acredita que ele passava em frente a minha casa abraçado com ela? Eu deixei, mas fiquei magoada. As pessoas me magoaram muito. Por isso eu falei, que depois que eu sair daqui eu ia mudar de vida. Arrumar outro emprego, fazer amigo.*

Homem não, vou deixar pra depois. Estou me sentindo melhor, desabafar é bom, tô me sentindo menos sozinha agora, é bom ter alguém que olha pra gente, eu me sentia invisível'.

CASO GE 34

MULHER: S.L.G., 75 anos, analfabeta (lê e escreve mal), viúva, natural de Jacutinga – SP, Crente (Assembléia de Deus).

Morou durante dez anos na cidade onde nasceu, iniciando sua atividade profissional na roça ainda criança. Muda-se para Serra Verde – SP, onde continua a trabalhando na roça durante seis anos. Vai para Itapira – SP, tendo como sua última atividade profissional a de faxineira, permanecendo nesta por 20 anos.

Possui sete irmãos, tendo dois vivos e cinco mortos, não sabendo relatar o motivo dos óbitos. Teve oito filhos; destes, cinco vivos e três mortos, um por bronquite, outro febre e o terceiro por tosse comprida. Relatou que doenças na família não têm, apenas a própria paciente tem pressão alta.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebida alcoólica. Gosta de café quente, bebendo aproximadamente um litro por dia. Também toma café com leite quente, um copo diário e cinco copos de suco de frutas por dia.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, legumes, cereais, raízes e tubérculos. Frutas apenas duas vezes na semana. Não consome peixe, queijo, leite, ovos, doces e gorduras.

Falou de forma conformista ao nos contar de como sentia-se ultimamente *'ah... eu me sinto muito cansada, eu lavei roupa quarenta anos, mas não tô preocupada com a doença, eu só peço a Deus que seja tudo de bom, que todos os doentes que tiverem nesse caminho, que Deus acompanhe, que dê tudo certo'.*

Mostrou-se consciente ao falar de suas impressões sobre a doença *'olha, eu vim cinco vezes na Unicamp. Em Itapira eu revirei tudo que foi médico, ninguém quis por a mão. Aí aqui fizeram aquilo de tirá um pedacinho* (biopsia). *Aí ele falou que era câncer de pele. O médico disse que vai fazer um corte feio, eu falei que não tem problema, porque se*

tá carne pura, meu olho tá, que se não tampa, serve pra mosca fazer bicheira, a carne tampa meu olho e que com os olhos e essa purunga eu tampo, porque pinga, como eu vou comer uma sopinha pingando, então eu tampo, porque eu sou pobre, mas gosto de tudo limpinho, até meus trapinhos que visto no corpo, é tudo limpinho. Hoje eu acordei e achei que ia operá, que era quarta feira, a Greide (nome de uma funcionária) falou – não, só era segunda feira, ah... tá bom, eu espero até quarta-feira'.

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico deixou transparecer o processo de negação da realidade que está inserida *'não, nada, era a mesma coisa que era antes, mesma coisa, tudo igual'.*

Procurou manter-se forte perante o outro ao falar sobre seus objetivos de vida *'trabalhar lá na chácara da minha filha, lidá com pato, planta, couve, se eu tiver vida, porque a gente fala, dessa vez eu vou morrer. Meu filho falou, aí mãe, eu queria ter sua coragem de falar assim com o médico, de enfrentar tudo, eu sou tão amarrado'.*

Comenta sobre a dor de sua filha quanto a sua doença, ao dizer *'Ah... eu vi minha filha chorando, as lágrimas correndo, eu vi e falei, ah... eu não sou assim, eu tô com Deus'.*

Ao relatar fatos de sua vida, deixou transparecer sua resignação perante a doença evitando falar sobre a seu estado enfermo *'escuta só, eu comprei um guarda-roupa com a minha aposentadoria. Tá no canto da sala, eu falei pra minha filha, que se eu morrer na Unicamp, só dá de presente para L. minha neta, ela chorou* (filha) *e falou, a mãe é tonta, mais perigo que isso a senhora já passou. Mas é difícil né, eu não tenho medo, eu penso mais em deitar do que na cirurgia, porque se não dá anestesia eu passo mal, vai dar anestesia, vai, então é só dormir e pode tirar tudo. Eu falei pro médico, pode cortar, ele falou se não vai ficar assustada, eu falei que não, ele falou que era uma carne de pele que tava pra fora, e não pra dentro. Por dentro é pior, e tem tanta gente com isso né. Será que é o fim do mundo? Na assembléia* (igreja) *tem mais de mil pessoas e ninguém tem, só eu. Ele ficou perguntando* (o pastor), *e aí já operou? Já tirou? Eu fico acanhada, todo mundo fica ouvindo o que passo... fala, tá tudo bem, né'.*

CASO GE 35

HOMEM: P.D., 66 anos, primária, amigado, natural de Monte Sião – MG, Católico.

Filho de imigrantes, pai Romeno e mãe Italiana, morou três anos em sua cidade natal. Teve passagens por diversas cidades, iniciando sua vida profissional em Socorro– SP, onde trabalhou por 12 anos como ajudante em fábrica de vassouras. Em Serra Negra – SP, ficou oito anos na Lavoura, em Mogi Guaçú – SP, 15 anos em Guaraparia e Mogi Mirim – SP, 40 anos como pedreiro. Atualmente reside em Mogi Mirim – SP.

Teve um total de 13 irmãos, 11 vivos e dois mortos, sendo um falecido por acidente (caiu do pé de abacate) e sobre a outra disse que *'nasceu muda, meia loca'*. Possui nove filhos, todos vivos. Não relatou doenças na família, disse ter apenas pressão alta.

Começou a fumar cigarro de palha com 12 anos, consumindo seis por dia. Também fuma cigarro com filtro, cerca de 60 cigarros por dia. Justificou seu vício *'meu pai fumava, e a gente trabalhava de noite na secadeira da fábrica. Meu pai acendia o cigarro, dava uma tragadinha para nois e foi viciando. Aí ia na escola e comprava cigarro solto, 18 Réis. Ele dava dinheiro para comprar lanche, a gente comprava cigarro, era melhor'*. E completou *'tenho uma soqueira no peito, um chiado'*.

Gosta de beber pinga, tomando um copo duas vezes ao dia até hoje. Gosta também de tomar café, consumindo um litro diário. Café com leite um copo e água dois copos por dia. Refrigerante uma garrafa por semana.

Come carne vermelha todos os dias da semana e disse *'é a vitamina da vida'*. Come pouco peixe, uma vez por semana, verduras, apenas duas vezes na semana e cereais, seis dias na semana. Não consome queijo, leito, ovos, frutas, legumes raízes e tubérculos, doce um pouco, duas vezes na semana. Não faz uso de gorduras.

Mostrando mais preocupação com a esposa do que consigo próprio, deixando transparecer um processo de negação da doença, relatou como sentia-se ultimamente *'um pouco a gente fica nervoso, ela* (a esposa) *é paralítica, precisa de ajuda, eu arrumei uma empregada, ela dá banho, comida, leva pro banheiro, mas não posso tá lá. Eu tô*

preocupado e sabe, com pensamento é tudo igual, não sabe qual o melhor, tô preocupado com tudo, tô preocupado se vai correr tudo bem, se Deus quiser, o medo meu é como vai fica depois, se vai ficar tudo perfeito ou algum defeito, (mostra a boca)'. Neste momento se queixou de dor na perna e disse que *'é problema de junta'.*

Com uma postura de inocência, explicou as impressões que tem de sua doença *'a idéia que eu tenho é... como pode ter formado verruga? Eu cortei, fui tirá o bigode e cortei tudo, deu ponto. Depois no trabalho, o pedreiro tava concretando lage e o ferro furou, entrou no lábio. Tô com medo que seja doença grave, que fosse câncer, que virasse, isso é a raiz da verruga que brotou. Eu penso se for doença grave, assusta, dá uma pequenininha, tenho que passar pomada, acontece, mas eu não sou o primeiro, nem o último, eu tenho medo que ela aumente mais, mas tirando tudo e ficando perfeito, tá tudo bem'.*

Demonstrou muito medo no olhar ao falar sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'nada, não mudou nada.*

Sobre o que pretende fazer da vida nos relatou *'cuidar da minha muié se puder, até o fim da vida, porque trabalhá, eu não trabalho mais. Se tiver dinheiro, ir até o fim da vida, porque se Deus quiser ela vai volta a andar, tá fazendo tratamento, fisioterapia'.*

Relatou fatos de sua vida em tom de profunda dor e de modo confusional *'eu trabalhei bastante, de pedreiro e a noite no mercado até onze, meia noite. Trabalhava de fim de semana, aí um pau de andaime, aí machuquei a boca e a vista. Vou falar no casamento, mas depois de vinte e cinco anos a mulher quis desquitar, eu não queria, tinha os filhos todos pequenos, mas tive que aceitar, hoje tô noutra faz vinte e um anos, por causa de amiga, faz a cabeça, a gente se dava bem, saia pra passear em todo lugar, fazia todos os gostos, meu sogro, se vai se arrepender filha se largar, já tem outra no pé dele. Eu gosto dela, tive que largar a mulher e os filhos, e ter que morar sozinho num rancho é duro né, aí eu já conhecia essa mulher, ela veio atrás, e levo pra morar com ela, mas não deu certo por causa do filho, aí eu não sei porque, um dia ele voltou do trabalho e me agrediu, aí eu saí de casa, aí eu voltei pro rancho até hoje, não quero ver ele nem morto quanto mais vivo e tô lá cuidando da mãe dele, separado de casa e pronto. O outro não tem*

dúvida, tenho mais esperança que nunca, principalmente minha filha, ela é um xodó, e eu sou o xodó dela, ela me ajuda muito, meu genro, marido dela, me ajuda muito, eu não fiz nada de mal, trabalhei muito, lutei com a vida, para não falta nada pra eles. Ah... e solidão, me sinto completamente sozinho' (olhos tristes e lacrimejantes).

CASO GE 36

MULHER: V.R.F.T., 77 anos, analfabeta (lê e escreve mal), viúva, natural de Monte Mor – SP, Católica.

Filha de imigrante, pai italiano e mãe brasileira, nasceu e viveu na zona rural Monte Mor – SP, e depois Sumaré – SP, cidade onde mora atualmente, sempre trabalhando na roça.

A família era composta de 13 irmãos, tendo atualmente seis vivos, sete mortos, recordando-se da morte de três, todos por câncer. Possui quatro filhos, todos vivos. Não relatou doenças em sua família.

Nunca teve o vicio para o cigarro nem para a bebida alcoólica. Gosta de tomar café pelando, consumindo um litro diariamente. Toma por dia um copo de café com leite pelando e suco frio, um copo por dia também. Semanalmente toma um prato de sopa pelando.

Alimenta-se de carne vermelha em seis dias da semana. Peixe uma vez, ovos e verduras, frutas, legumes e cereais, todos os dias. Não consome leite, queijo e doces. Gosta de comer torresmo pelo uma vez na semana.

Ao ser indagada de como se sentia ultimamente mostrou-se amargurada e em processo de negação da realidade da enfermidade *'eu falo a verdade, depois que aquele homem fez para a minha família, eu era feliz. Ah... eu tô gostando daqui, a gente fica meio nervosa porque não sabe o que vai acontecer direito; porque nervosa a gente fica mesmo'.*

Negando-se entrar em contato com sua dor, relatou sobre as impressões que possui da doença, *'não, primeiro eu não pensava nisso aqui, aí eu fui no médico de olho, e ele viu e falô que tinha que tirá e eu não liguei. Pra que esta frescura de tirá! Daí fui em outro médico, falou, aí eu pensei... é melhor tirá, porque tenho dois irmãos que morreram disso, achei melhor, também começou crescer e doer, principalmente quando usa óculos'.*

Sobre as mudanças que ocorreram em sua vida após o diagnóstico mostrou seu estado de resignação *'não, porque se fosse só eu, porque tem tanta gente, Deus tá comigo'*.

Sobre o que pretende realizar em sua vida mostrou-se conformista *'eu quero comer, beber, e dormir. Fazer o que, tem que operar até quando Deus quer, porque eu penso ... tenho dois netinhos para cuidar, às vezes viver desacorsoa'*.

CASO GE 37

HOMEM: L.G., 70 anos, primário, divorciado, natural de Espírito Santo do Pinhal, (SP), Católico.

Durante 15 anos trabalhou na lavoura de café, na cidade natal. Muda-se para Mogi Guaçú – SP, onde exerce a atividade em indústria de cerâmica durante 20 anos. Trabalha como marceneiro na mesma cidade por 15 anos.

Vem de uma família com nove irmãos, tendo seis vivos e três mortos, não lembrando as causas dos óbitos. Tem oito filhos, todos vivos. Relatou que a mãe tem diabete e o paciente, pressão alta.

Iniciou-se no vício do fumar cigarro de palha aos 12 anos, fumando até hoje dois por dia. Cigarro de filtro começou aos 20 anos e até hoje consume sete cigarros diariamente.

Aos 12 anos começou a tomar pinga escondido do pai *'então eu via meu pai beber, aí eu ia escondido porque ele ficava bravo. Ele comprava de caixa para vender e eu ia lá e bebia. Esse negócio de beber deu prejuízo para mim, fiquei internado gastando, deu gastrite ne mim, fiquei de castigo dez dias. Eles judia da gente para fazer exames, é uma espremeção, é que era preciso mesmo, mas judiavam muito'*. Bebeu durantes anos, uma garrafa de pinga por dia, parando com 69 anos. Aos 30 anos começa a tomar cerveja, consumindo até hoje uma garrafa por semana. Completou *'já fiquei um ano sem beber e fumar, aí eu ia no buteco e os pinguços falavam – aí seu bobo, bebe aí, se fosse assim eu tava morrendo – então as coisas ficava ruim e a gente volta a beber'*.

Possui o hábito de tomar café quente, duas xícaras por dia, chá e café com leite quente uma xícara por dia. Água toma dois copos por dia.

Na alimentação, come todos os dias da semana carne vermelha, verduras e cereais. Leite, queijo, ovos, frutas e leguminosas apenas um dia na semana. Raízes e tubérculos seis dias da semana e torresmo uma vez. Não consome peixes e doces.

Relatando de como se sentia ultimamente demonstrou seu medo em não se curar *'eu tô me sentindo bem tranqüilo, eu tava com pressão alta, graças a Deus eu tô bem, a cirurgia é quando? Eles vão rasgar? Disse que vi, eu não tenho medo. Peço a Deus que esta enfermidade não seja grave, o perigoso é ficar numa cama doente, os outros cuidando da gente, dando banho na gente, a pior coisa. Deus me livre e guarde, eu tô contente de fazer este trabalho que eles vão fazer comigo e sarar. Eu tô contente, acabar a entrevista, eu tô contente de fica aqui conversando'.*

Com fé e submissão, falou das impressões de sua doença *'idéia que eu tenho é enfrentar firme. Deus acha que eu tenho que sofrer, eu enfrento firme, se Deus ajuda os médicos trabalha, pedi que Deus abençoe e os médicos fazer um bom trabalho e fique bom, porque milagre só Deus que faz. Meu colega falou uma coisa errada para mim, disse que primeiro os médicos, depois Deus, e tá errado, é porque Deus que deu inteligência pra eles'.*

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, falou de sua preocupação com o que apareceu *'eu não fiquei muito contente não. Faz tempo que eu estava esperando e tava abrindo o buraco, abrindo cada vez mais, pensando que fosse algo maligno, ele* (o médico) *falou que não é nada, que é só um tumor de pele, que tem jeito, então fiquei tranqüilo; apareceu porque quando tava saindo, eu espremi e começou a sair um negocio amarelo, que nem remela de olho, aí eu fiquei preocupado'.*

Sobre suas pretensões de sua vida falou resignadamente *'sabe o que eu quero... trabalhar, sair, dar um passeio. Porque do jeito que tá aqui, eu tenho vergonha, porque todo lugar que se vai, eles perguntam, fulano o que é isso daqui, eu fico com a cara no chão. Passear... passear não dá, porque tem pouco dinheiro, se fica bem tá bom. Se Deus ajuda que eu sare, eu vou alegre e satisfeito. Isso aqui nunca deu, como nunca doeu, então eu descansei. No Guaçu* (SUS) *eles são pouco, faz tempo que tô vindo aqui. Foi eles que mandaram eu para cá'.*

De forma confusional começou a relatar fatos que o perturbavam, *'sabe, eu vi um homem aí com uma perna cortada até aqui* (joelho) *e a outra* (virilha), *que vida esse que ele leva! Judiação, uma mulher que prazer tem com um homem desse... que paúra! É problemático!'*

Relatou fatos de sua vida demonstrando a sua inconformidade com esta doença *'porque eu tinha um tio que tinha uma espinha no nariz e ele cutucou com a unha e depois com palito de fósforo, aí ficou tão feio, que quando ele morreu, não tinha nem nariz, quando eu vi aquilo, fiquei com medo, ofendeu tudo, como pode uma doença fazer aquilo!'*

Finalizou a entrevista com fatos de sua vida *'sou separado, vivi 22s anos com a segunda mulher, depois ela morreu, aí eu fiquei com medo de pegar outra e ela morrer. Já tentei arruma outra, mas ou é preta ou é velha demais, porque eu trabalho, ainda sou aposentado e trabalho de guarda-noturno. Tem que ser velha, mais com casa prá mora, senão não dá; eu trabalho até hoje'.*

CASO GE 38

HOMEM: J.B.S., 52 anos, colegial, solteiro, natural de São João do Rio Pardo, Católico.

Nasceu em zona urbana, onde estudou e completou o segundo grau. Sempre trabalhou em empresas grandes. Mudou-se para Mococa e trabalhou durante dez anos em laticínio, retornando depois para uma multinacional por cinco anos.

Nos relatando um pouco sobre sua atividade na entrevista *'eu sempre trabalhei. Da vida não tenho que reclamar, não. É meio atribulado por causa do sindicato, mas faz 20 anos já. Fiz uma drenagem no pulmão, eu perdi a vista direita* (não saber dizer o tipo de catarata). *Eu falava para quatro, cinco mil pessoas e trabalhador em congresso, hoje se for falar vou engasgar'.*

Falou pouco de sua família, dizendo apenas são em dois irmãos. Nos contou que teve três filhos, porém continua solteiro, não relatando nada sobre a mãe de seus filhos. Nos disse que referente a doenças na família paterna todos tem diabetes e na materna, a avó teve câncer.

Fuma desde os 16 anos, consumindo 20 cigarros de filtro por dia até hoje. Com 18 anos, começou a beber bebidas alcoólicas, pinga cinco copos por dia e cerveja duas garrafas por dia, consumindo até os 47 anos. Gosta de tomar vinho, bebendo um copo duas vezes na semana.

Gosta de tomar café quente, consumindo um litro diariamente. Café com leite morno toma dois copos por dia. Duas vezes na semana toma sopa quente.

Come carne vermelha gorda, três vezes na semana e peixe uma vez. Queijo, ovos, tubérculos e verduras, duas vezes na semana. Regularmente come cereais. Não consome leite, frutas e doces. Gosta de comer torresmo e toucinho.

Intranqüilo quanto a sua doença, contou como se sentia ultimamente *'meu problema, é mais chateado por causa da doença. Fiquei meio receoso, meio amedrontado, mas no fim vai ficá dando aquilo e passa. É um... como se pode falar... uns pensamentos estranhos. Não voltar para cá, eu não gosto do hospital'.*

Sobre as impressões que possui da doença demonstrou culpa e seu medo em ficar dependente de forma confusional *'eu acredito que foi descuido meu, a família do meu pai toda tem. Eu acho que é uma coisa ruim, mas desde que seja tratado. Ele né, explica que vou perder um pedaço de orelha e ficar com a boca torta. Só perguntei da visão e da boca. Eu confio no médico. Assusta um pouquinho. Fala que não assusta. O que me preocupa é os filhos, se eles vão... já pode para todos vierem e ficar uns inútil não pode cuidar mas e fica uma cicatriz.'*

Falou de sua impaciência sobre as mudanças em sua vida após o diagnóstico *'não mudou quase nada, só procuro não sair no sol, evita pegar o sol, não de vergonha, de medo. Que nem eu falei, o que me incomoda mais é a dor. Eu sou uma pessoa... acho que é hereditário, que vem de família, todos os homens têm, as mulheres não. Eu tava ficando uma pessoa muito irritada. Eu sou dirigente sindical'.*

Falou de seus planos para o futuro de forma autoritária *'viver minha vida normal, sair daqui já, vou fazer campanha, vou ser cabo eleitoral. Continuar o que eu sou'.*

Finalizando a entrevista relatou fatos de sua vida procurando demonstrar que apesar de tudo, tem a necessidade de continuar trabalhando e cuidar da familia *'Meu medo é deixar minha neta sem criar, quero vê ela crescer. Minha filha não quis casar, achou melhor assim, já tá com sete anos. Inclusive ela preparou um presente pra dar pro pai, mas eles não se dão, então deu pra mim.Eu sempre trabalhei, a vida não tem o que reclamar não. É meio atribulado por causa do sindicato, mas faz vinte anos já. Fiz uma drenagem no pulmão, eu perdi a vista direta'*. Não soube dizer o nome, tipo de catarata. Dr. E. tentou achar vaga. *'Eu falava pra quatro mil, cinco mil pessoas e trabalhadores em congresso, hoje se for falar, vou engasgar. A gente não tem tudo que quer, mas ama tudo que tem'*.

CASO 39

HOMEM: J. G., 67 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Bariri – SP, católico.

Na cidade onde nasceu, iniciou sua atividade profissional na lavoura, atuando mais de 30 anos. Quando mudou-se para Jundiaí – SP, começa a trabalhar em industria de arame, onde fica por 26 anos *'no interior nunca teve escola. Hoje tá fácil. Hoje não estuda quem não quer. Eu queria estudar, mais não tinha jeito. Tinha quatro irmãos tudo pequeno, tinha que trabalha'*.

Em sua família são em cinco irmãos, relatando que um morreu do coração, não informando sobre os demais. Possui três filhos, todos vivos. Informou que na família tem a mãe tem diabete e problemas no coração, a esposa, irmão e a mãe.

Iniciou-se ao vício do fumo pelo pai aos 15 anos *'ah... devido ver meu pai fumar e comecei a fumar. Meu pai fumava no cachimbo, cigarro de palha eu rodeava ele e ele fazia um pra mim'*, consumia dez cigarros de palha por dia parando recentemente.

Começou a beber bebidas alcoólicas aos 30 anos. Pinga bebia dois copos por semana e cerveja uma garrafa duas vezes na semana. Parou de beber aos 60 anos. Toma café quente três vezes ao dia. Água e refrigerante um litro por dia. Gosta de tomar sopa, tomando pelo menos um prato todos os dias.

Come regularmente, carne, queijo, verduras, frutas, cereais e doces. Peixe e batata apenas uma vez na semana e legumes duas vezes por semana. Não consome leite, e ovos.

Chorando muito, demonstrou todo seu desespero quando falou de como se sentia ultimamente *'ah... meio pensativo, a gente fica pensando nesta operação, medo que não dê certo, medo de ficar sofrendo...* (chorando) *medo de não poder comer e chorar, ele* (médico) *falou que eu tô com tumor, ele não explicou o que é...* Chora... *então eu tive medo de descontrolar, disso de não poder comer, não poder conversar, da operação eu não tenho medo. Que nem o Seu João, ele operou, que tá comigo, ele operou e não pode falar mais, a gente fica cismado* (chora muito) *para mim ele não falou nada, minha filha sabe. Ela conversou com ele* (médico). *Eu quero saber'*.

Negando-se em aceitar as mudanças que ocorreram em sua vida após o diagnóstico contou-nos *'não mudou, é aquilo mesmo, só tô um pouco triste, porque a gente vê os outros operados e vai para casa e por isso* (chora muito) *a gente fica mal. Entorta tudo* (chora), *quando eu cheguei aqui foi que eu vi, quando cheguei no quarto, eu vi gente morrer de tumor, mas sei lá... vai ver que não dava pra operar, tava num lugar ruim'*.

Para o futuro mostrou toda sua desesperança na vida *'fica em casa, passea, ir pra São Paulo, Interior, Aparecida do Norte, Mato Grosso. Tenho terreno lá, agora se não der certo... sei lá...'*.

Finalizou a entrevista procurando relatar os fatores positivos que lhe aconteceram e da estabilidade de seus filhos *'Minha vida não é ruim, me dou bem com a minha patroa. Pra fala a verdade, a gente sofreu, às vezes a gente erra o pulo. Tava bem em São Paulo. Vim para o interior na roça e perdi tudo que ganhei em São Paulo. Aí voltei para Jundiaí, aluguei uma casinha, arrumei serviço e deu certo. Recuperei minha casa. Meu filho tem tudo, carro. Meu filho vem aqui me visitá. Todos os três vieram, estão tudo tranqüilo. Tem um que tem supermercado, outro é chefe da firma, outro trabalha. Não ganha bastante, mas trabalha e dá pra ir tocando a vida'*.

CASO GE 40

HOMEM: J.A.S., 55 anos, primário, casado, natural de Araruava – PR, Católico.

Viveu muito pouco tempo na cidade onde nasceu. A família muda-se para Caflifórnia – PR, onde viveu durante 24 anos trabalhando na lavoura. Muda-se para Campinas – SP, onde trabalha como cobrador de ônibus durante sete anos, depois como segurança por 16 anos quando se aposentou.

Vêm de uma família com três irmãos, todos vivos. Possui cinco filhos, todos vivos. Relatou que recentemente teve um sobrinho que faleceu de câncer.

Iniciou seu vicio ao cigarro de palha e sem filtro aos oito anos de idade *'sei lá, meu pai e minha mãe fumava, via eles fumarem. Comecei a enrolar os cigarros de palha para eles. Nunca falaram nada e eu continuei. Mas quem não quer segui não segue. Cada um com a sua cabeça'*. Aos 25 anos de idade trocou por cigarro com filtro, fumando 50 cigarros por dia, vindo a parar definitivamente aos 55 anos *'faz três meses que parei de fumar porque saiu a ferida, mas tem que parar'*.

Com 28 anos começou a ingerir bebidas alcoólicas, bebendo uma garrafa de pinga por dia até os 49 anos, quando parou, e completou *'ah....amigos meu, começa a acompanhar todo dia... toma uma, noutro duas e assim vai... mais graças a Deus, tudo que prejudica parei'*.

Aprecia tomar café morno, bebendo uma garrafa por dia e café com leite morno, um copo diário. Toma um litro de água por dia.

Alimenta-se de carne durante quatro dias da semana. Regularmente come frutas, cereais, raízes e tubérculos. Verduras e legumes, dois dias na semana. Não consome peixes, leite, queijos e ovos. Doces *'agora como, quando bebia não. Agora eu emagreci pra caramba. Não posso comer, não tem jeito, tô com fome, mas não pode comer, dói'*. Gosta de torresmo.

Ao relatar de como se sentia ultimamente disse com desesperança *'ah... eu sinto, sei lá, não sei como explicar, esse tipo de cirurgia morrem, desse ainda mais que morreu o governador'*.

Sobre as impressões te possuía da doença que o afeta, declarou de forma evasiva *'não sei dizer, não...'*

Relatou com o mesmo desdém, sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, nada mudou...'*

E sobre o que pretende realizar na sua vida daqui para frente, com evasivas falou *'num pensei nisso ainda...'*

CASO GE 41

HOMEM: J.R.B., 49 anos, primário, solteiro, natural de Pedreira – SP, Católico.

Morou cerca de sete anos na zona rural de Pedreira, vindo posteriormente a morar na zona urbana, quando iniciou a sua atividade profissional em industria de cerâmica. Está aposentado por invalidez há dez anos.

São em nove irmãos, sendo oito vivos e um morto por enfarto. Não possui filhos. O paciente relatou ter pressão alta.

Começou a fumar com 14 anos cigarro de filtro, consumindo 30 por dia, parando com aos 48 anos *'desde moleque, via os outros fumar, quando saia para rua, achava bonito e comecei. Parei faz um ano'.*

Começou a beber precocemente, aos oito anos de idade, parando aos 39 anos, chegando a consumir neste período, uma garrafa de pinga por dia. Cerveja dos 18 aos 39 anos, bebendo duas garrafas por dia.

Come muito pouca carne, uma vez na semana. Cereais consome regularmente. Em três dias da semana come ovos, em dois come verduras. Raízes e tubérculos come apenas uma vez na semana. Não consome peixes, leite, queijo, frutas, legumes, e doces.

Ao ser questionado sobre como se sentia ultimamente, mostrou sua ansiedade e impaciência *'agora tô sentindo até bem, um pouco, só que tô pouco irritado. Tô esperando bom resultado, tô esperando, porque eu sei que isso que tenho, se não tirar vai complicar, vamos ver se o médico vai conseguir tirá'.*

Sobre suas impressões da doença mostrou-se confiante na capacidade médica, declarando *'eu acho que o médico vai conseguir tira, né? Fácil não é, saiu um pelotinho.'*

Ao ser perguntado sobre as mudanças que ocorreram em sua vida após o diagnóstico, demonstrou o processo de negação da realidade ao dizer que não mudou nada e completou *'não, porque eu não esquentei, porque sempre fui atrás desde 96.'*

Quanto às suas pretensões para o futuro nos demonstrou o quanto está conformado e sem perspectiva com a vida que leva *'mesma coisa que consigo fazer, dar minha voltinha pela rua'*.

CASO GE 42

HOMEM: S.D.C., 68 anos, primário, casado, natural de São Sebastião da Gorimã - SP, Católico.

Ainda quando criança a família muda-se para São José do Rio Pardo – SP, onde começa a trabalhar como analista químico durante 30 anos e depois como inspetor de qualidade durante 14 anos, vindo a aposentar-se. Continua trabalhando como vigia noturno para complementar a renda com o que recebe de aposentado.

Sua família é composta de oito irmãos, sendo seis vivos e dois mortos, um por câncer e o outro não soube dizer. Teve cinco filhos, todos vivos.

Relatou que houve dois casos de câncer em sua família, a mãe e sua irmã.

Fumou cigarro durante 32 anos, dos 18 aos 50, consumindo de palha, dois por dia, e sem filtro, 20 diariamente.

Gosta de beber pinga, dois copos por dia e cerveja uma garrafa por semana. Café toma quente uma xícara por dia e café com leite quente um copo ao dia. Água bebe dois litros todos os dias.

Come regularmente, carne, verduras, frutas e cereais. Peixe duas vezes ao mês. Ovos e legumes, três vezes na semana. Queijo come quatro vezes por semana. Raízes e tubérculos, uma vez só na semana. Não consome doces. Gosta de comer torresmo pelo menos duas vezes por semana.

Mostrou-se em processo de negação da realidade ao ser perguntado como se sentia ultimamente *'bem, eu sou muito calmo, não sou nervoso, tô bem, não tenho muito medo não, de nada não.'*

Ao falar das impressões sobre a doença que o afeta mostrou-se tranqüilo e esperançoso na equipe médica *'Eh!... é um pelo que o médico me falou, não sei se é verdade, é uma casca de pele, pela biopsia é maligno, espero que não seja muito grave. O médico fala que não é grave não, que é câncer de pele, espero que não seja muito ruim, eu acho que câncer é bem ruim, porque a gente vê gente sofrendo com câncer, sofre muito, espero que não seja, vamos torcer para não seja sina, fica feio'.*

Mostrou-se frio com o diagnóstico, relatando não haver mudanças em sua vida *'Ah!!!... eu acho que não, tá mesma coisa, não levo caso muito à sério não.'*

Demonstrou incerteza e sem perspectiva quanto ao seu futuro *'daqui pra frente? O que eu quero fazer? Só deus sabe... se eu puder ficar trabalhando, mas só Deus sabe...'*

Ao falar de sua vida mostrou seu estado confusional *'Trabalhei bastante. Trabalhei durante... deixa ver, trabalhei na leco de dia e à noite, passava filme no cinema, então sempre levei uma vida mais presa, chegado à família, sem muita regalia, sempre apertado e sem dinheiro. Sempre difícil a minha vida, desde pequeno, comecei com oito anos. E o que é bom é ter bastante gado no pasto e bastante saúde. Quarenta e cinco anos agüentando a vida lá, os filhos tão bem, sem vício, só a mais velha que fuma e tenho um neto deficiente, tem oito anos, tem problemas de coordenação motora. Tá pra fazer cirurgia, é muito inteligente, muito barulhento, mas não tem firmeza nas pernas e na nuca, não governa as pernas, preocupa bastante'.*

Finalizou a entrevista mostrando-se alegre e simpático, mantendo-se sempre sorridente e amável, relatou *'tá bom falar com a senhora, muito simpática, me fez sentir bem, explica tudo direito, fala bem e conversa bem. Obrigado'.*

CASO GE 43

HOMEM: V.B., 63 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Agulha (Araraquara) – SP, Católico.

Residiu apenas um ano na cidade natal. Muda-se para Adamantina – SP, morando por pouco tempo. Já em Ouro Verde – SP é onde inicia atividade na lavoura, permanecendo por 20 anos. Vai morar em São José dos Campos – SP, onde começa a trabalhar como jardineiro, atividade esta que mantém durante 21 anos.

Pertence a uma família com oito irmãos, sendo quatro vivos e quatro mortos, sabendo do óbito de apenas um, de chagas. Sem especificar qual, relatou que o seu pai teve câncer. Tem oito filhos, sete vivos, e um que morreu (aborto).

Começou a fumar cedo, aos sete anos de idade dizendo *'o pai fumava, e ia trabalhar cedo na roça e saia cedo, aí a gente chorava e fumava para espantar os mosquitos'*. Ainda fuma dois cigarros de palha por dia.

Começou a beber bebida alcoólica aos 20 anos. Pinga bebe um copo duas vezes na semana e cerveja duas garrafas por semana. Toma café quente duas vezes ao dia, café com leite quente, três copos por dia e água três copos diários.

Gosta de comer carne vermelha gorda os sete dias da semana, comendo diariamente também cereais. Peixe, queijo, legumes, raízes e tubérculos, come duas vezes na semana. Ovos come três dias na semana. Não consome leite, verduras, frutas e doces. Gosta de comer torresmo pelo menos duas vezes na semana.

Demonstrando estar com muito medo e confuso, falou de como se sentia ultimamente *'meio triste, falo o que mais... oh... eu não sinto nada, peço a Deus que cure eu, só de falar pouco, quem não fica preocupado com a cirurgia, porque se eu fica assim vou agüenta mais dois ou três meses, cada dia come menos e tenho medo de morrer na cirurgia, peço a Deus todo dia'*.

Mostrou-se cético quanto às impressões de sua doença *'oia, eu acho que eles fala, fala, mas tá tudo errado, é outra coisa, porque se fosse o câncer, já teria me matado. Não sei não, a gente imagina que não é câncer, algo que machucou por dentro, o médico operou e a borracha esfola o pescoço, muito sensível por dentro e sará para dentro é difícil, não sei, não acho que não'*.

Mostrou contradição ao falar a respeito das mudanças após o diagnóstico *'não, no modo de dizer não, porque eu trabalho pouco. Eu nunca paguei INPS porque era da roça, e aí aposentei por causa da doença. Tô encostado pra vida toda, tô comendo pouco, parei de sair, de pescar, parei com tudo, nada... não converso com ninguém por causa da doença, ai... sai daqui, me deixa eu quieto'.*

Ao falar do que pretende fazer de sua vida daqui para frente, disse-nos *'eu... come, bebe, dormir, trabalhar um pouco e pescar'.*

Finalizou a entrevista falando de modo confusional do sofrimento que teve em sua vida *'porque primeiro apareceu a dor, era um cistinho, tirou a chapa, o médico marcou a cirurgia e falava de tira o caroço e depois de um tempo começou a sangrar, sái de bocado, quase morri de tanto de tirá sangue, levou no pronto socorro, aí operou por fora prá desvirá a veia e pará a veia. Aí foi piorando, e eu parando de comer, sou analfabeto e crio os filhos... nossa senhora, quanto sofri para criar sete filhos. Começava as quatro horas na roça de café, de escuro a escuro. Tenho quatro filhos, tudo estudando, só dois não, porque não quiseram, trabalho brabo na roça, serra lenha, levanta saco de café, foi difícil, melhor nem falar... sempre ganhei pau, fui sofrido, a vida inteira foi sempre trabalhá'.*

CASO GE 44

HOMEM: E.C.P., 54 anos, primária, amasiada, natural de Assis – SP, Católica.

Na cidade onde nasce, morou até os sete anos de idade, vindo a mudar-se para Sorocaba – SP, cidade esta onde inicia sua atividade profissional em tapeçaria. Muda-se para Santos – SP, exercendo a mesma profissão durante 20 anos. Trabalhou muitos anos também em Americana – SP, sempre na mesma atividade.

Possui quatro irmãos, todos ainda vivos. Teve apenas um filho, ainda vivo. Relatou que apenas a mãe tem problemas de saúde, diabete e pressão alta.

Iniciou-se ao fumo aos 14 anos, fumando 20 cigarros por dia até hoje. Dos 17 aos 35 anos, bebia duas garrafas de pinga por dia, e nos relatou *'foi festinha, brincadeira, mas tinha, quando você ia, já ta lá, mas a bebida eu já venci. Já ouvi: admiro você parar de vez, porque existe outros, porque tem que parar de vez. Alcoolismo não existe, ele bebe qualquer coisa, se colocar álcool puro ele bebe. Freqüentei o AA, eu vi desde médico com a mão tremendo, até outros, tudo. Tudo na mesma escala, percebi que o negócio é violento. O alcoolismo começa com a bebida fraquinha e depois não faz mais efeito, tem que ser bebida mais forte e se não tiver bebida é álcool puro mesmo para ficar bêbado mais rápido,aí começa a cair, seu corpo já não tem condições, ele não agüenta, aí uma dose você cai, aí você fala, aí eu paro ou é sete palmo embaixo da terra'*.

Gosta de tomar café pelando, chegando a beber um litro por dia. Água bebe dois litros diários e refrigerante três copos por dia.

Consome carne vermelha, verduras, frutas e cereais todos os dias da semana, legumes, raízes e tubérculos, três vezes na semana. Não consome peixe, leite, queijo e ovos. Come doces regularmente todos os dias.

Demonstrou seu estado confusional ao relatar como sentia ultimamente *'preocupado, eu sempre preocupado, consegui alcançar aquele objetivo, principalmente eu que trabalho por conta, com a doença sei lá... tô mais preocupado com outra coisa que a doença, se tinha que cair sobre mim é porque eu tinha que carregar ela, se ficar pensando muito, eu mesmo ia criar ela, e como diz o pastor, sai satanás, tira satanás essa doença seria bom né, tem pessoa que tem luz, que te dou uma luz que chega e a gente fala que não fica perto dela, tem outro que tem espírito baixo se sente mal'*.

Negando-se aceitar que esteja doente, relatou sobre as impressões que possui da doença, *'eu sei lá... é difícil, eu não me conformei, eu não acredito no mal que tô carregando, eu não quero pensar no assunto, eu penso que vou tirar, cortar, arrancar esse mal que tá começando e vai acabar tudo'*.

Ao falar sobre o que mudou na sua vida, confirmou seu estado confusional *'não, não mudou nada, me preocupou, procuro minha mulher, fiquei meio assim, fica mio, parece que o mundo vai desabar, tive que lutá até o fim, ter que ir pra frente, acabar até o último inimigo seu'*.

Deixou transparecer seu sonho quando falou sobre o que pretende fazer em sua vida *'tinha a idéia de aumentar a oficina, fazer móveis de estilo e como o mercado tá tudo lixo, sucata, quero trabalhar com móveis artísticos. Passear é bom, construir minha casa, tenho minha namorada e quero fazer ao nosso jeito'.*

CASO GE 45

HOMEM: L.A.O., 44 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Poços de Caldas – MG, Católico.

Morou apenas dois anos na cidade natal, tendo a família mudado para São João da Boa Vista – SP, onde residiu por 16 anos. Nesta cidade iniciou sua atividade na lavoura durante vários anos, mudando-se para Nova Resende – MG, trabalhando como lavrador durante um ano. Volta a São João da Boa Vista – SP, por dois anos. Atualmente mora em Valinhos - SP, onde atua como jardineiro há 15 anos.

Possui sete irmãos, todos vivos. Tem dois filhos, todos vivos. Não relatou nenhum problema de saúde com pessoas da família.

Começou a fumar cigarro aos 15 anos, por incentivo do avô *'besteira do meu avô, acende um cigarro aí que espanta os mosquitos e fui aumentando'*. Atualmente fuma 40 cigarros com filtro por dia.

Começou a tomar pinga aos 23 anos de idade, parando de beber com 42 anos, consumindo neste período duas garrafas por dia. Completa *'ói... era mal compania, e tinha que tomar gelado e a peãozada falava toma um gelado que esquenta'*. Gosta de café morno, tomando um litro por dia. Água bebe dois litros diariamente.

Consome regularmente, carne vermelha, verduras e cereais. Raízes e tubérculos duas vezes na semana. Não consome peixes, leite, queijo, ovos, frutas, legumes e doces.

Com simplicidade falou como se sentia ultimamente *'me sinto bem até, não sei se esse problema, problema na garganta, na língua, eu fico cansado'.*

Relatou ceticamente suas impressões sobre a doença *'oi... eu penso por mim que eu tirei dois dentes e não era pela FUSAME. Fumei e apareceu esse tumorzinho, eu acho que não é nada agora, o médico falou que é pequeneninho e não é grave'.*

Sobre o que mudou na sua vida após o diagnóstico demonstrou o processo de negação da realidade ao relatar *'não, continua normal, só tô mais cansado'.*

E sobre o que pretende fazer em sua vida, disse-nos *'vou continuar trabalhando, eu nunca parei pra nada'.*

Começou a falar de sua vida com amargura *'minha vida sempre foi difícil, minha mãe foi casada duas vezes, e o padrasto era muito ruim, colocou pra trabalhar desde a idade de cinco anos, não deixou estudar, tinha que mudar, largava no meio, bebia muito e batia ne nois. Então trabalhei muito, com14 anos sai fora de casa, e a patroa falou pra morar com ela, dava tudo o dinheiro que ganhava, dava pra ele, aí depois casei e foi tudo bem graças a Deus. Os irmãos por parte de minha mãe, judiam dela, eu amei eles desde pequeno, só que eles não trabalham, e não ajudam em nada dentro de casa'.*

11.2. GRUPO COMPARATIVO

CASO GC 01

MULHER: S.P.V.M., 27 anos, ginasial, casada, natural de Flórida Paulista, Evangélica.

Morou durante 15 anos na cidade onde nasceu, onde trabalhou na roça por cinco anos. Muda-se para Campinas – SP, trabalhando durante três anos como doméstica. Hoje está desempregada.

Tem nove irmãos, oito vivos e um que morreu de Lupo. Tem dois filhos, todos vivos. Relatou que o pai tem diabete e a mãe sofre de câncer e pressão altos.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, café com leite e sopa, sempre pelando. Água e refrigerante sempre gelada.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras e cereais. Peixes, frutas, legumes, tubérculos e doces, muito pouco.

Inicialmente disse sentir-se *'bem'*, no entanto aparentava estar tensa. Mesmo ao completar dizendo se sentir *'normal, nem preocupada, às vezes você tá calma e fica nervosa, mas é normal, é coisa do dia-a-dia'*. Mostrou-se simpática e disponível, demonstrando que necessitava de atenção, sorrindo e gesticulando o tempo todo, buscando contato, com o olhar fixo nos olhos da entrevistadora.

Apesar de ser um tumor benigno, procurou evitar falar sobre suas impressões da doença, deixando claro que não queria entrar em contato com o diagnóstico *'ah... eu... assim... eu não me empenhei muito. Mas sabia que um dia ou outro eu tinha que procurar cuidar e saber o que era. Pra mim era um tipo de carninha crescida, mas nunca me assustou'*.

Sente medo e apreensão ao pensar na doença e disse que *'eu acho que é assim que vai tirar isso daqui e tirar da cabeça, ultimamente tem muita campanha de câncer, então já tira da cabeça'*.

Sobre o que pretende realizar em sua vida nos contou *'quero volta a estudar, pretendo fazer um curso de corte e costura para trabalha e cuida dos filhos'*.

No final da entrevista a paciente mostrava-se bastante alegre e confiante. Procurou continuar conversando e contou *'minha vida foi um pouco difícil, vivia num sitio. Meu pai ficou doente, e eu tive que parar de estudar e trabalhar cedo. Ai eu vim para São Paulo, fiquei com conhecidos que me tratava como uma filha. Depois voltei para Flórida – SP, e estudei mais um ano e casei'*. E completou *'nunca tinha participado de uma entrevista, nunca tinha conversado com alguém assim'*, em tom de orgulho e satisfação.

CASO GC 02

MULHER: L.V.S.P., 27 anos, ginasial, casada, natural de Cianorte – PR, Católica

Morou pouco tempo na cidade Cianorte onde nasceu, tendo ido morar em Maringá – PR e permanecendo durante nove anos. Muda-se para Campinas – SP, durante três anos e atualmente reside em Sumaré – SP, há 15 anos.

Exerceu a profissão de costureira, trabalhando em uma empresa de confecção, mas atualmente não tem nenhuma atividade remunerada.

Tem quatro irmãos e três filhos, todos vivos. Relata doenças na família, avô materno com diabete, avó materna que sofre de doença no coração, um tio paterno com câncer e a mãe de pressão alta.

Iniciou-se ao fumo dos 12 aos 25 anos *'acho que frescura de adolescente, de ver os colegas fumando'*. Consome muito pouca bebida alcoólica.

Bebendo regularmente café com leite e água. Sua alimentação é a base de carne vermelha, cereais e verduras, consumindo-as regularmente. Peixe, frutas, tubérculos e doces muito pouco. Não consome leite, queijo, ovos e legumes. Gosta de comer torresmo pelo menos uma vez na semana.

Muito ansiosa pela cura, falou de como se sentia ultimamente *'ah... mais ansiosa, fico esperando, que essa coisa sara logo. Não fico muito preocupada. No começo eu ficava, porque não sarava. Enquanto não sarava, todo mundo ficava preocupado porque inchava. Depois que saiu o resultado, fiquei mais tranqüila. Não era nada grave, fiquei tranqüila'*.

Ao relatar suas impressões sobre a doença, deixa transparecer um desconhecimento sobre a doença *'idéia... não tenho idéia nenhuma não, tem que ter paciência, porque não pode comer nada ácido e precisa descobrir mais alguma coisa'*.

Sobre o que mudou em sua vida, de forma conformista disse *'melhorou, porque fiquei sabendo que não era nada grave, deu uma alergia na cabeça, depois você via outras pessoas e pensa melhor, o dela é pior que o meu, que o meu não é tão grave, tinha uns que tinha que arrancar até os dentes'*.

Sobre o que pretende realizar em sua vida, relatou *'ah... eu pretendo acabar meus estudos, me formá em magistério. Falei pro meu marido ganhar mais arrumá um serviço pra ganhar mais pra pagar meus estudos, tenho três filhos que não atrapalha. Se Deus quiser vou ser professora'.*

CASO GC 03

MULHER: H.F.A.T., 45 anos, primário, natural de Guaxupé – MG, Católica

Mora na área rural da mesma cidade em que nasceu. Começou a trabalhar desde muito cedo na roça de café, permanecendo nesta atividade durante 30 anos. Fala-nos com tristeza *'tive pouca escola, meu pai me tirou da escola pra trabalhar. Voltei a estudar e tive que pará, se Deus quisé, começo outra vez, mobral'.*

Pertence a uma família grande, 13 irmãos e possui três filhos, todos vivos. Relatou como doenças na família, marido e avô materno com diabete e uma netinha que sofre de problemas no coração.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, chá e sopa. Bebe regularmente água e refrigerante.

Come muito pouca carne vermelha. Alimenta-se regularmente de Verduras, legumes, cereais e tubérculos. Frutas muito pouco. Não consome peixe, leite. Ovos, queijo, doces e gorduras.

Demonstrou nervosismo e agitação ao falar de como se sentia ultimamente *'ah... eu tô bem assim preocupada. Agora tive cirurgia do útero* (retirou), *tem conta pra pagá, meus remédios ficam muito caro, só eu e meu marido pra trabalhar, agora tô eu preocupada com isse na língua. Assim por exemplo, se tiram acho que vai atrapalha, pra falar e come. Fiquei meio cismada. O médico de Guaxupé que falou de fazer a cirurgia de corte com anestesia geral e ia sangrar muito, se tivesse era médico particular, e ia ficar muito caro'.*

Deixou transparecer seu medo da morte quando relatou sobre as impressões de sua doença *'ah... eu pensava que fosse um tumor, um câncer mesmo, já que a dotora falou que não, eu fiquei mais aliviada, eu não ia mexe na barriga não, porque tava com medo, aí começou a atrapalhar, machucar, fiquei com medo de prejudicar, comecei a sangrar, vai que não procura o médico e seja tarde de mais, a gente tem que cuidá da saúde'.*

Sobre o que mudou na vida após o diagnóstico, declarou efusivamente *'nossa, graças a Deus! Eu tô aliviada, não sei como falar pra você, então meu medo é que o médico falasse que fosse câncer, graças a Deus. Tô bem aliviada mesmo, meu marido nem queira que eu viesse, mas eu vim'.*

Demonstrando esperança disse o que pretende realizar em sua vida *'eu queria fazer coisa boa, podê ajuda as pessoas na medida que eu possa, voltá a estuda, já mandei até fala com a minha professora que eu quero volta, e ela falou que a minha vaga tá lá. Quero acompanha minha filha e tratamento de minha neta, quero procura ser bem tranqüila e feliz. Tenho a vontade de ter uma casinha na cidade e pagá minhas conta é isso que eu quero'.*

Termina a entrevista dizendo *'foi muito bom falar com você, gostei demais, nunca ninguém tinha falado comigo desse jeito!'.*

CASO GC 04

MULHER: M.L.C.G., 52 anos, colégio, casada, natural de Indaiatuba – SP, Católica.

Nasceu na zona rural de Indaiatuba, porém não sabe precisar por quanto tempo, pois a família transferiu-se para a zona urbana da mesma cidade. Morou durante cinco anos na cidade de Campinas – SP, trabalhando em loja do comércio. Retorna para Indaiatuba, onde reside até hoje, trabalhando como inspetora de alunos.

Possui nove irmãos e dois filhos, todos vivos. Relatou doença na família, a mãe com diabete, avó, câncer no intestino e a paciente, com válvula mitral.

Durante um período de 12 anos, fumava dois cigarros de filtro por dia. Aos 32 anos começou a beber bebida alcoólica, tomando uma garrafa por dia de cerveja. Gosta de tomar café com leite consumindo regularmente e um litro de água por dia.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, frutas, legumes, cereais e doces. Come muito pouco peixe, leite, ovos e tubérculos. Não consome queijo nem gorduras.

Falou de forma agitada sobre sua preocupação com a saúde ao relatar como se sentia ultimamente *'cansada, nervosa, acho que isto é que prejudica, tô na menopausa, preciso ir no ginecologista'.*

Demonstrando aflição falou de suas impressões sobre a doença *'tinha medo que fosse câncer, porque o dentista disse que era câncer. Você precisa tirar a amalgama do dente. Aí eu fui no dentista, ele fez biópsia da língua. Eu já sou nervosa por natureza, sou muito preocupada'.*

Deixou transparecer uma contradição ao contar que mudou na sua vida após o diagnóstico *'não mudou nada, daí eu fiquei mais calma, não melhorou porque ta incomodando bastante. Antes de aparecer esta mancha, adormecia tudo, agora eu não tenho notado nada'.*

Muito ansiosa, relatou sobre o que pretende realizar na vida *'eu queria me aposentar, mas não posso, tenho que continuar, porque tenho minha filha na faculdade, tenho que continuar. A gente precisa trabalhar, não tem jeito. Ta sendo longo o tratamento, acho que tá demorando e tá piorando, porque queima. A hora que escovo o dente queima'.*

CASO GC 05

HOMEM: R.S., 67 anos, superior incompleto, casado, natural de São João da Boa Vista, Evangélico.

Tendo uma vida social ativa, morou na zona rural de S. J. da Boa Vista até os 13 anos de idade, quando mudou para a cidade. Sendo atualmente aposentado, foi funcionário púbico por 30 anos, com passagens de propagandista por quatro anos, mecânico, oito anos e indústria têxtil, oito anos. Teve atuação na política: vereança durante 20 anos.

Vem de uma família de sete irmãos, tendo quatro vivos e três mortos, dois por problemas de coração e um de sífilis. Tem dois filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, tendo o irmão chagas e o pai enfarto. A mãe câncer no útero e o paciente têm pressão alta.

Iniciou-se no vício do fumo aos 33 anos, fumando cento e vinte cigarros por dia, parando de fumar aos 58 anos. Desde os 14 anos bebe bebida alcoólica, sendo a pinga seis copos diários e a cerveja, uma dúzia de garrafas por dia *'comecei a beber por causa da turminha'*. Gosta de tomar café com leite, dois copos e três litros de água por dia.

Come regularmente carne vermelha, verduras, frutas, cereais e doces: *'adoro mel'*. Peixe, leite, queijo, ovos, legumes e tubérculos consome pouco.

Deixou transparecer um processo de negação ao relatar de como se sentia nos últimos tempos: *'olha, eu procuro nunca ficar preocupado, esquentar, mas às vezes, tem neto, problemas, filho, aí fico muito nervoso por causa da política, depois que fica conhecendo, vê todas as malandragens'*.

Falou de suas impressões sobre a doença com alívio *'depois do que eles falaram pra ficar tranqüilo, que era líquen, eu procuro, qualquer doença não levo a serio, se preocupa ficar doente e morre, se tem problemas eu procuro desviar a atenção'*.

Demonstrou um certo alivio quando falou sobre o que mudou na vida após o diagnóstico *'ah... eu melhorei bastante, melhorei muito, quando eu vim fazer tratamento aqui, eu tinha muitos problemas, eu falei ao Dr., agora eu tô bom, tô muito bom, já vim de S. João. Eu falava que isso não sarava mesmo e melhorou bastante'*.

Falou com ar de autoridade sobre o que pretendia fazer da vida *'de tudo um pouco, eu tenho uma chacrinha, eu adoro planta flor, caçar e política, porque eu comecei com política com quatorze anos e nisso quando falo que deixo eles nem procura, pra mim não é bom, eu nunca ganhei dinheiro com política, eu só peço. Porque eu não posso cobrar, porque só quero reinvidicar algo para o povo'*.

Procurou prolongar a entrevista relatando que em certos momentos, sem saber o porque, sente-se triste e melancólico, tranca-se no quarto, põe uma música bem alto, para não ouvir mais nada além da música. Queixou-se muito da esposa, mostrou-se insatisfeito com a vida, reclamou dos médicos, e falou de uma lista de enfermidades que se submete a tratamento no hospital das clínicas *'eu não saio daqui... '*.

CASO GC 06

MULHER: B.A.D.O., 60 anos, primário, viúva, natural de Ururaí – SP, Testemunha de Jeová.

Morou até os 19 anos na cidade onde nasceu, trabalhando como lavradora. Muda-se para Campinas – SP, onde trabalhou 41 anos como faxineira.

Tem cinco irmãos, sendo dois vivos e três mortos, um de sarampo, outro de queimaduras, não sabendo do terceiro. Teve três filhos, dois vivos e um que morreu de pneumonia.

Nunca teve o vicio de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Toma café com leite, sopa, água e refrigerantes regularmente. Alimenta-se de carne vermelha, verduras e cereais todos os dias. Come pouco, peixe, ovos, frutas, legumes e tubérculos, come pouco. Não consome leite, queijo, doces e gorduras.

Ao falar de como se sentia ultimamente relatou em tom de sofrimento *'ah... preocupação a gente tem sim, me preocupo com minha filha, que depois que o marido morreu, ela ficou com depressão. Comigo é trabalhar porque preciso trabalhar e porque recebo pouquinho de pensão. Tem que puxar um pouco, saúde graças a Deus eu tenho.* E completou *'sou pai e mãe porque sou viúva'*.

Negou-se entrar em contato com sua enfermidade quando relatou sobre as impressões da doença *'ah... que a dentadura tava super larga e eu fui mordendo sem querer, não doia nada. Quando fui fazer uma nova tinha um arranhão, no começo fiquei muito nervosa, fiquei sim preocupada, não sabia o que era, agora tô mais calma porque tô fazendo tratamento e tudo bem'*.

Deixou transparecer que o trabalho é mais importante que sua saúde quando falou das mudanças que ocorreram em sua vida após o diagnóstico *'e uma coisa é que hoje eu tô perdendo dia de serviço. Eu nunca dei trabalho, é só isso, o que muda é que eu tenho tratamento uma vez por mês'.*

Em tom de conformismo com sua vida contou o que pretendia realizar daquele momente em diante *'ah... eu não tenho grande sonho não, o que eu quero é viver em paz com minha família e trabalhar e Deus me dá saúde'.*

Assumindo uma postura melodramática finalizou a entrevista, fazendo um breve relato de sua vida *'a minha vida foi sempre batalhadora, no sítio sempre tive que trabalhar; hoje tenho que trabalhar. Meus pais foram bons na medida do possível, me deram aquilo que puderam, mais carinho, amor e criação deram, tinha que saber esperar nunca briguei ou fiquei lastimando, sempre fui calma e soube esperar'.*

CASO GC 07

MULHER: S.M.A.F., 57 anos, superior, natural de Botucatu – SP, Católica.

Relatou que residiu na área urbana da cidade onde nasceu até os 21 anos de idade, trabalhou na receita federal e como professora durante quatro anos. Atualmente não trabalha.

Tem dois irmãos e quatro filhos, todos vivos. Ao falar de doenças na família, suspira *'três tias maternas com câncer de mama'*, e a mãe com pressão alta.

Possui o hábito de freqüentar grupos de orações.

Nunca teve o vício de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café pelando, dez xícaras por dia, sopa quente, e água fria.

Alimenta-se de carne vermelha quatro vezes na semana. Consome regularmente queijo, ovos, verduras, frutas, legumes, cereais e doces. Come pouco peixe e tubérculos. Faz uso de gorduras. Não toma leite.

Deixou transparecer o peso que a doença lhe trouxe ao ser perguntada pela entrevistadora como se sentia ultimamente *'se não fosse minha hidroginástica e o grupo de oração, eu não me agüentaria'.*

Demonstrou estar mais preocupada com a sua auto-imagem perante os outros, ao relatar sobre suas impressões da doença, estava inquieta e ressentida sobre o que os outros iriam sentir em relação a sua enfermidade *'me incomodavam esteticamente. Fui funcionária pública da receita federal, todo mundo procurava por mim, depois fui professora, todo mundo ficava atrás de mim. Ficavam pedindo favores, era só amores, atenção e presentes. Todo mundo me dizia bom dia, fazia questão de me cumprimentar. Agora que saí ninguém me procura. Ninguém lembra mais de mim. Agora que eu não posso mais fazer favores, todo mundo me esqueceu. Sabe como é né, puxa saco tem em todo lugar, só quando você deixa de ser útil é que você sabe quem são as pessoas. Mas sinto falta daquele tempo, daquela atenção, me sinto meio inútil'.*

Negou-se a entrar em contato com a doença ao relatar o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'nada, agora eu saio melhor nas fotos'.*

Relatou a sua necessidade em querer viver, expondo o seu sonho quando perguntada sobre o que pretende realizar em sua vida, se angustia e com os olhos lacrimejando disse *'quero viver intensamente o melhor de minha vida'*, faz uma pausa... chora... *'e procurar ser feliz'.*

CASO GC 08

HOMEM: G.V.S., 42 anos, ginásio, casado, natural de Bento de Abreu – SP, Católico.

Com um ano de idade a família transfere-se para Lavínia – SP, morando por oito anos. Muda-se para Ribeirão Branco – SP, onde trabalhou durante três anos na lavoura. Quando muda para Valinhos – SP, emprega-se em uma fábrica de pastifício de macarrão, durante 12 anos. Inicia sua atividade como mecânico, há 15 anos. Atualmente reside em Campinas – SP, há um ano e meio.

Pertence a uma família grande, tendo 13 irmãos, sendo 12 vivos e um morto por tosse comprida e tem dois filhos, vivos. Ao falar de doenças em família, relatou que tem a mãe com diabete e pressão alta, a irmã problemas de coração.

Iniciou-se ao vício de fumo aos 15 anos, fumando até hoje 15 cigarros de filtro por dia *'meu pai fumava e eu achava bonito, sei lá, eu fui acostumando e os amigos também fumavam'*. Desde os 24 anos bebe cerveja moderadamente, sendo um copo por dia. Gosta de tomar café quente, dez xícaras diárias e água, um litro por dia.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, legumes e cereais. Come pouco peixe, raízes e tubérculos. Gosta de comer torresmo. Não consome leite, queijos, ovos, frutas e doces.

Com sentimento misto de angústia e ansiedade, gesticulou intensamente ao relatar como se sentia ultimamente *'me sinto mal, porque os alimentos que eu como não consigo digerir, não consigo mastigar direito, faz mal até quando eu como, me sinto muito esquisito, isso deixa eu triste, a gente fica assim, de muleta'*.

Mostrou sua tristeza ao falar sobre as impressões que tem da doença *'não sei, parece que tem preconceito, as pessoas ficam olhando pra gente, se sente mal. Quando eu comecei a fazer o tratamento, eu tava mal, tava comendo tudo por dentro, doença muito feia'*.

Demonstrou sua aflição ao dizer o que mudou na vida após o diagnóstico *'muita dor, cheguei a chorar'*.

Deixou claro a sua ansiedade quando falou o que pretende fazer de sua vida *'continua a luta'*.

CASO GC 09

MULHER: J.A.S.L., 42 anos, primário, casada, natural de Castilho – SP, Católica.

Morou oito anos na cidade onde nasceu, tendo começado a trabalhar com sete anos na roça. A família transfere-se para Três Lagoas – MS, durante cinco anos, continuando o trabalho na lavoura. Muda-se para Monte Mor – SP.

Possui onze irmãos, sendo nove vivos e dois mortos, um natimorto, e o outro de febre. Teve quatro filhos, tendo três vivos e um morto, aborto *'levei um susto'*.

Relatou que há doenças na família, a mãe teve câncer.

Iniciou-se no vício de fumo aos 19 anos, fumando quinze cigarros por dia até hoje. Nunca fez uso de bebida alcoólica. Gosta de tomar café quente.

Alimenta-se de carne vermelha, verduras e cereais todos os dias. Come pouco peixe, legumes, raízes e tubérculos. Não consome leite, queijo, ovos, frutas doces e gorduras.

Deixando claro sua necessidade de atenção, procurou mostrar sua aflição ao ser perguntada de como se sentia ultimamente *'ai, eu sinto dor na perna no dia que trabalho e um pouco preocupada, a gente se preocupa né. A gente não sabe, essa doença na boca. A gente fica pensando se é uma coisa assim como câncer. Será que não é? Ela* (médica) *falou que não, mas a gente que pensa... se for eu não opero não. Mas eu achei que era câncer, mas se for, eu não opero não'*.

Evitando entrar em contato com a enfermidade, quando perguntada quais eram as impressões que tem sobre a doença, disse: *'é que eu fico receosa e fico pensando, mas não sou de colocar coisa na cabeça, me preocupa mais se fosse com um filho meu'*.

Deixou claro o medo da cirurgia e a reação de negação quando falou sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, eu finjo que não tem, eu só lembro quando a gente escova o dente. Eu faço assim, se alguém fala de cirurgia eu deixo do jeito que tá. Eu vejo as pessoas que operam, fica pió, estora tudo então morre logo, então deixo como tá'*.

Deixou transparecer seu estado de alienação quando falou o que pretende fazer de sua vida *'não sei, não parei pra pensar nisso não'*.

CASO GC 10

MULHER: D.S.G., 47 anos, primário, casado, natural de São Paulo – SP, Católica.

Morou durante 30 anos na capital, iniciando sua atividade profissional como ajudante de costureira. Mudou-se para Atibaia – SP, exercendo a profissão de costureira há 12 anos.

Tem três irmãos e três filhos, todos vivos. Relata doenças na família, a mãe pressão alta e o pai problemas no coração.

Iniciou-se no vicio de fumar ao 15 anos, fumando até hoje, 20 cigarros por dia *'achava bonito, aquela bobeira'*. Bebida alcoólica, bebe muito pouco. Gosta de café e café com leite pelando.

Come carne vermelha três vezes na semana. Peixe, raízes e tubérculos muito pouco. Não consome leite, queijo, ovos, verduras, frutas, legumes, cereais e doces.

Demonstrou a ambigüidade de seus sentimentos quando falou como se sentia ultimamente *'aí, eu sou assim, eu tenho uns repentes, do mesmo modo que eu canto, bato palma, de repente, eu choro, choro, principalmente no banho. Antes era mais, agora tô aprendendo, resumindo, que tô bem'*.

Procurou transmitir uma aparência segura diante da possibilidade de estar com um tumor quando falou da impressão que tem da doença *'eu não sou de encucar. Como já fiz a biopsia e não deu nada, tem que ainda vir'*. E mostrando-se incomodada, *'vai que dá coisa mais séria, precisa ser tratado. Preocupada a gente sempre fica, o que mais me preocupa é a dentadura que às vezes ela pega e minha maió preocupação é a dentadura e o problema porque fica raspando e tem agora lesão e fica raspando'*.

Queixou-se bastante, demonstrando irritabilidade frente à necessidade de sair de casa, quando indagada sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, a única coisa que mudou foi a rotina de vir aqui, eu não gosto de sair de casa, eu fico tensa, tem que ser certinho, hora marcada. Gosto mesmo é de ficar em casa'*.

Quando perguntada o que pretende fazer de sua vida mostrou o estresse da rotina de seu casamento *'eu tinha planos que tá na minha cabeça desde o ano passado. Em junho vou pra Goiás na fazendo do meu tio, minha irmã conhece, minha mãe conhece. Preciso dar um tempo, vou ver o que ele significa pra mim, o que eu significo pra eles, porque tudo é eu, tô cansada, quero dar um tempo no meu casamento. Lá é uma fraternidade e eles são calmos, não deixar esvasiar meu casamento assim sabe, ele pode falar tudo o que quiser, da cuca, eu ano, fica tudo dentro, guardo tudo, e isso não é bom'*.

CASO GC 11

HOMEM: R.G., 52 anos, ginásio, casado, natural de Amparo – SP, Católico.

Reside na mesma cidade que nasceu. Tem como profissão pedreiro, função esta que exerce há 40 anos.

Possui cinco irmãos, três vivos e dois mortos, relatando o paciente por *'pingaiada'*. Tem quatro filhos, todos vivos. Doença na família tem a mãe com câncer e o paciente, diabético e pressão alta.

Começou com o vício do cigarro aos sete anos com cigarro sem filtro, tendo consumido até os 18 anos e trocado por cigarro de filtro. Enquanto viciado, fumava 20 cigarros por dia até os 38 anos, quando parou. Completa *'ah... molecada, naquele tempo era bonito. Meu pai fumava e ele não ligava. Agora, meus filhos eu não deixei fumar'*.

Gosta de beber bebidas alcoólicas. A pinga consome desde os sete anos de idade, tomando hoje, uma garrafa por semana. A cerveja começou aos 40 anos, tomando uma garrafa por dia. Não tem o hábito de tomar café, chá, café com leite, nem sopa. Toma dois litros de água por dia.

Sua alimentação regular é composta de carne vermelha, cereais, raízes e tubérculos. Ovos, verduras e legumes come algumas vezes na semana. Come pouco peixe. Não consome leite, queijo, frutas, doces e gorduras.

Mostrou-se mais preocupado com sua constante irritação e com sua atividade profissional ao ser indagado de como se sentia ultimamente, dizendo *'eu sinto pouco de canseira e nervos, a gente sempre fica nervoso, porque trabalho por conta, às vezes pego serviço, às vezes não'*.

Demonstrou uma certa desconfiança e inquietação ao falar de suas impressões sobre a doença, relatando *'ah... eu não faço idéia nenhuma, eu acho que é câncer mesmo. Ele* (o médico?) *disse que não é. Você sabe porque quando minha mãe morreu, eu era moleque, dezessete anos, deu uma ferida na mão dela com um brilho diferente, e deu igual, tamanho menor e igual. O que a gente pensa, ninguém tira da cabeça, a gente nunca pensa o bão, fica pensando sempre o mal, é assim mesmo'*.

Em tom irônico relatou o que mudou na vida após o diagnóstico *'pra mim... eu acho que não pra mim. Hoje eu não faço mais serviço pesado, eu agora que não tenho preocupação'*.

Procurou mostrar-se orgulhoso e satisfeito quando falou o que pretende realizar em sua vida *'ai... eu não tenho o que fazer mais na vida, agora é seguir a minha vida do jeito que tá mesmo, tenho uma casa pra mora, enriquecer não vou mais mesmo, tenho nome na cidade, se eu viver do jeito que tô, tá bom'*.

CASO GC 12

MULHER: A.L.B.D., 47 anos, primário, casada, natural de Poços de Caldas – SP, Católica

Nascida na área rural de Poços de Caldas – SP, residiu durante 15 anos e trabalhou durante dois anos na roça. Muda-se para Divinolândia – SP, cidade onde reside até hoje, trabalha há 22 anos como doméstica.

Possui cinco irmãos, três vivos e dois mortos, um de acidente e o outro problemas de cabeça. Tem um filho, vivo. Não há problemas de saúde na família.

Fumou cigarro de palha apenas um ano, dos 12 aos 13 anos *'mania de roça, um fuma e faz com que outro fuma ali'*. Nunca ingeriu bebidas alcoólicas. Gosta, mas toma pouco café, café com leite e sopa. Água toma sempre gelada e refrigerante frio.

Alimenta-se de carne vermelha, três vezes na semana, ovos, verduras, cereais e doces consome regularmente. Come legumes quatro vezes na semana, mas pouco peixe, raízes e tubérculos. Não consome leite e queijo. Gosta de comer torresmo.

Procurou chamar a atenção e despertar o afeto sobre si quando relatou como se sente ultimamente *'me sinto cansada... só... não sei se de trabalhá muito no mais sinto consolo, tenho meu pai na cama pra cuidá, filho, marido e preocupação. Sou muito preocupada, me preocupo com tudo, até com os filhos dos outros, pego tudo pra mim'.*

Demonstrou ter medo de entrar em contato com a própria enfermidade quando falou das impressões da doença *'ah... eu sou sincera pra você, tenho medo do que eu tenho na boca, tenho medo que seja um câncer, sabe eu sei que é uma lesão, faz mais de um ano, fico preocupada com isso, tenho medo que seja câncer'.*

Mostrou-se receosa quanto ao diagnóstico, ao responder o que mudou na vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada, só penso positivo, não tô convencida ainda. Não, mais não fico pensando não'.*

O que pretende fazer da vida, respondeu com desejo de mudança *'sabe o que eu quero fazer, um trabalho que eu melhorasse, que eu me sentisse bem, que eu tenho que cuidar do meu pai na cama, porque só eu cuido dele, ninguém mais. Sara da boca e isso da garganta'.*

CASO GC 13

MULHER: M.I.H., 30 anos, ginásio, solteira, natural de Indaiatuba – SP, Católica.

Vive na mesma cidade dede que nasceu, e nos estudos completou o ensino fundamental, mas não tem profissão definida. Trabalhou na prefeitura durante 16 meses e durante um mês, foi voluntária na APAE.

Tem um irmão e um filho, todos vivos. Relatou doenças na família, a tia materna com diabete, o pai com câncer e dois tios, um com câncer de pele e outro no pescoço e a mãe que tem pressão alta.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Não toma café. Gosta de café com leite quente. Bebe diariamente suco ou refrigerante. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, cereais, raízes e tubérculos. Come muito pouco peixe, ovos, verduras e legumes. Não consome leite, queijo, frutas, doces e gorduras.

Demonstrou aflição ao falar como se sentia ultimamente *'eu vivo preocupada, nervosa, em casa, serviço que não arruma emprego'*.

Evitou entrar em contato com a realidade da enfermidade ao declarar suas impressões da doença *'ah... eu não sei, eu não pensava que era só pra operá não, eu achava que era só... ia coloca um negócio, aparelho e só. Ele* (médico) *não explicou ainda. Ele falou que tinha que tira, porque no maxilar tá dando diferença, tem que voltar a usar aparelho'*.

Da mesma forma, negou-se entrar em contato com a doença ao relatar o que mudou em sua vida *'não, não mudou nada'*.

Demonstrou uma ânsia e desejo em concretizar seus sonhos ao responder sobre o que pretende realizar em sua vida *'eu queria arrumar um emprego, faculdade, ter uma casa própria'*.

CASO GC 14

HOMEM: W.N.N., 52 anos, primário, casado, natural de Aguaí – SP, Católico.

Tendo nascido na zona urbana, mudou-se para a zona rural por um período de 13 anos da mesma cidade. Começou a trabalhar na roça aos sete anos de idade. Volta a morar na área urbana, onde inicia a atividade de pedreiro, profissão esta que desempenhou até aposentar-se.

Possui sete irmãos, sendo seis vivos e um morto por aborto (queda). Teve oito filhos, cinco vivos e três mortos, um aborto, outro febre e o terceiro queda (pescoço). Relatou doenças na família, a mãe, diabete e pressão alta e o pai com câncer.

Iniciou-se ao vício do fumo aos 12 anos com cigarro de palha, fumando cinco cigarros por dia e aos 16 anos começa a fumar cigarro com filtro, consumindo 20 cigarros por dia, ambos até hoje *'naquele tempo morava na roça, tinha muito que cuidar, pegava folha pra bronquite e enrolava na paia e acostumava'*.

Começou a beber bebidas alcoólicas aos 16 anos. Pinga consumiu até os 51 anos, cinco copos por dia. Cerveja bebe até hoje três garrafas por dia.

Gosta de tomar café quente, um litro por dia, café com leite toma regularmente dois copos diários. Toma dois pratos por dia de sopa. Água e refrigerante gelada.

Come carne vermelha quatro vezes na semana. Leite, queijo, ovos, verduras, frutas, cereais e doces consome regularmente. Peixe, legumes, raízes, tubérculos e torresmo, muito pouco.

Demonstrou ansiedade e desconforto com a inatividade quando falou de como se sentia ultimamente *'preocupado é o que mais sinto, não pode trabalhar né, quem trabalha desde os sete anos e agora fica parado, é duro né, tem muita canseira, vai tira chapa do pulmão pra ver o que é'*.

Usando da negação, procurou demonstrar não saber exatamente o que está lhe acontecendo, falando das impressões que tem da doença *'ah... eu sei lá viu, não tinha nada, depois que apareceu isso aqui, azarou tudo, tirou um dente e um líquido e levou pra análise e falou que não era nada'*.

Deixou transparecer a sua dificuldade em aceitar e lidar com a dor, quando relatou com ênfase o que mudou na sua vida após o diagnóstico fala *'ah... mudou que não posso comer né, tenho dificuldade pra bebe e queima muito, sinto dor de cabeça, coisa que nunca deu em mim, fico muito confuso, tem que tratar bem pra não voltar, pra tirá a dor a dotora deu buscopan, porque a dor dá desespero'*.

Ao ser indagado sobre o que pretende fazer daqui para frente, não respondeu, *'hum...* (ri com ironia) *queria sarar de tudo'*.

CASO GC 15

MULHER: M.A.S., 46 anos, primário, divorciada, natural de Casa Branca – SP, Evangélica.

Morou apenas um ano na cidade natal, mudando para Campinas – SP, cidade onde reside até hoje. Estudou apenas o primário, não tendo profissão específica. Trabalhou no comércio durante 12 anos e como faxineira, seis anos.

Tem três irmãos e um filho, todos vivos. Relatou doenças na família que apenas o pai tem pressão alta. Fuma desde os 15 anos de idade, seis cigarros por dia *'por fantasia, brincadeira'*. Bebe vinho, um copo por semana. Não toma café nem chá. Diariamente toma dois copos de café com leite. Bebe oito litros de água por dia. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, leite, queijo, verduras, frutas, legumes e cereais. Come pouco peixe, raízes, tubérculos e torresmo. Não consome ovos e doces.

Deixou transparecer sua insatisfação com sua vida sexual e seu estado de solidão quando falou de como se sentia ultimamente *'cansada, me sinto muito pesada, acho que tô engordando e ainda tô – desativada – faz seis anos, não tenho namorado, pretendo, mais não saio de casa, não dá pra arruma qualquer um, tem que saber escolher'*.

Mostrou um misto de medo e alívio ao falar de suas impressões sobre a doença *'é porque uma vez sumiu, agora isso daqui não some, eu acho que é coisa ácida que eu como. Eu pensei que fosse câncer de boca, mas graças a Deus não é'*.

Queixosa, demonstrou intolerância e dificuldade em lidar com a dor ao relatar o que mudou em sua vida *'ah... incomoda, tudo que eu vou comer dói, a prótese pega bem em cima, só alivia quando eu tiro a prótese, tem que usar mais que uso, mais cadê o tempo'*.

Deixou transparecer um desejo de realizar seus sonhos ao falar sobre o que pretende fazer da vida *'ter bastante saúde e paz de espírito, um namorado novo se Deus arruma pra mim e paz pra todo mundo e paz que nós tamos precisando'*.

CASO GC 16

MULHER: T.J.R., 65 anos, analfabeta (lê e escreva mal), viúva, natural de Campestre – MG, Católica.

Viveu durante 25 anos na cidade natal, começando a trabalhar na roça somente aos 20 anos, permanecendo nesta atividade durante cinco anos. Muda-se para Poços de Caldas – MG, e começa a trabalhar como arrumadeira de hotel, durante 20 anos. É nesta cidade que reside até hoje.

Teve 11 irmãos, nove vivos e dois mortos, não sabendo dizer os motivos. Teve seis filhos, três vivos e três mortos em abortos. Relatou doenças na família, o marido com câncer e a filha problemas no coração.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Toma café quente cinco vezes ao dia, café com leite uma vez só e suco gelado. Sua alimentação regular é carne vermelha, verduras e cereais. Come pouco queijo, raízes, tubérculos e doces. Não consome peixe, leite, ovos, frutas, legumes e gorduras.

Reclamou sobre o quanto à vida lhe é pesada ao falar de como se sentia ultimamente *'ah... eu fico tem dia, e dói o osso* (gesticula mostrando o pescoço) *a gente passa muito nervoso, ter um neto que tem depressão dá muito trabalho, pra vê como a gente fica triste com essas coisa. Tem dia que se a gente não for de ferro, por Deus a gente não consegue'*.

Ainda queixosa, nos falou qual é a sua impressão sobre a doença *'ah... minha filha, a gente não tem nem idéia, pra falar a verdade, começa com aquela dorzinha e agora fica esse negócio – caroço – que se coloca a dentadura, incha'*.

Transparece o alívio de não sentir dor quando relatou sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'ah... mudou, melhorou graças a Deus, em vista do jeito que eu tava quando eu vim aqui'*.

Demonstrou o quanto é difícil entrar em contato consigo mesmo quando falou o que pretendia fazer de sua vida *'ah... pra falar a verdade, nem sei, tenho vontade de arruma um serviço pra passar o tempo'*.

CASO GC 17

MULHER: O.M.G.A., 52 anos, superior, casada, natural de Pedreira – SP, Católica.

Residiu durante 21 anos na cidade natal, onde iniciou sua atividade profissional atuando como telefonista durante dois anos. Muda-se para Amparo – SP, onde neste período completou os seus estudos com a faculdade, e lecionou durante 23 anos até a aposentadoria.

Possui quatro irmãos, três vivos e um morto de câncer. Tem três filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, a mãe com diabete e pressão alta e o irmão com câncer.

Fumou durante o período entre 14 e 51 anos *'achava bonito, era moda na época'*, consumindo dez cigarros de filtro por dia. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Bebe apenas café com leite, um copo por dia. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, queijo, verduras, frutas, legumes, cereais, e doces. Come pouco peixe, raízes e tubérculos. Não consome leite, ovos e gorduras.

Refletindo seu medo e ansiedade em relação a sua saúde, deixou transparecer que a aposentadoria deu-lhe condições de cuidar de si, quando relatou como se sentia ultimamente disse *'olha, depois que eu parei de trabalhar eu faço acupuntura, tudo para sistema nervoso, ansiedade, muito ansiosa'*.

Ao falar sobre as impressões da doença deixou claro o temor da gravidade da sua enfermidade e a necessidade que sentia de se cuidar *'olha, foi por isto que eu parei de fumar, quando viram, já diagnosticaram como câncer. Foi um choque muito grande. Foi no dia primeiro de novembro, o Dr. B. me tranqüilizou, mais foi bom que parei de fumar'*.

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, falou da importância da revisão dos seus hábitos de vida *'parei de fumar, falaram que quando parasse de fumar eu ia sentir gosto. Não influenciou em nada'*.

Com orgulho e postura altiva, demonstrou já ter cumprido seu dever, querendo apenas viver o presente, quando falou sobre o que pretendia fazer da vida *'eu quero paz, saúde e paz. Não quero mais nada, a gente quando se aposenta, quer paz e saúde, passear bastante e viver a vida'*.

CASO GC 18

MULHER: E.P.C., 61 anos, primário, viúva, natural de Garça – SP, Adventista do sétimo dia.

Morou na cidade onde nasceu durante 15 anos, trabalhando na roça durante dez anos. Muda-se para Campina – SP, cidade que reside atualmente, onde trabalhou como doméstica durante três anos.

Possui oito irmãos, cinco vivos e três mortos, não sabendo dizer os motivos e tem oito filhos, cinco vivos e três mortos por abortos *'eu prorroguei, tomei remédio, abortei'*. Relatou doenças na família, o marido com doença no coração e câncer, e pressão alta nos dois filhos.

Teve o vicio do fumo até dos 37 aos 40 anos, fumando 40 cigarros por dia. Dentro do mesmo período, tomava uma garrafa de pinga por dia. Gosta de tomar café, e café com leite, tomando uma xícara por dia. Completa *'eu sou muito desobediente'*.

Come carne vermelha quatro dias na semana e regularmente cereais e frutas. Verduras, legumes, pouco. Peixe, raízes, tubérculos e doces muito pouco. Não consome leite, queijo, ovos e gorduras.

Demonstrou sua angústia pela viuvez quando falou de como se sentia ultimamente *'muito cansada, muito preocupada, muito carente, sabe que carência que é né? Apareceu lá um cara dez anos mais velho que eu, 71 anos, queria bancar o papel dele, muito velho, só ia dá trabalho pra mim'*.

Deixou transparecer a sua preocupação em estar doente ao falar da sua impressão sobre a doença *'eu fiquei mal impressionada com isso. Eu fiquei pensando o que era câncer. Fiquei preocupada com isso daqui, e que eu sei não é'*.

Relatou sobre a importância de se mostrar bem para o outro quando disse o que mudou em sua vida *'se mudou... deixa eu ver... acho que não, só tô mais tranqüila porque não era nada que eu pensasse, tava tão preocupada que ficava olhando no espelho, agora não olho mais'*.

Transpareceu um pouco de sua angústia ao dizer o que pretende fazer de sua vida *'não sei o que quero fazer, quero continuar com meu trabalho de servidora e encontrar um companheiro. Não tenho mais idade, mais tenho um carro... melhor'.*

CASO GC 19

MULHER: C.S.D., 61 anos, analfabeta (lê e escreve mal), natural de Uareí – SP, Evangélica – Congregação Cristã.

Morou 26 anos na cidade onde nasceu, dos quais 20 anos de trabalho na roça. Atualmente mora em Itapetininga – SP, desde então, não trabalhou mais.

Tem oito irmãos, cinco vivos e três mortos, um por acidente de carro, outro por meningite e o terceiro de câncer. Tem quatro filhos, todos vivos.

Relatou doenças na família o marido com diabete e doença do coração, o pai, doença do coração e a irmã com câncer.

Nunca fez uso de cigarro ou de bebidas alcoólicas. Gosta muito de tomar café, 20 xícara por dia e café com leite, quatro copos diários e água três litro todos os dias.

Possui uma alimentação restrita, comendo carne vermelha, duas vezes na semana, cereais todos os dias e ovo, uma vez só. Não consome peixe, leite, queijo, verduras, frutas, legumes, raízes, tubérculos, doces e gorduras.

Demonstrando franqueza nas ações disse como se sentia ultimamente *'me sinto bem, tô muito maravilhosa, durmo bem, tinha problema de genro, mas eu grito, desabafo e passa. Mais se eu não responder fico doente, é gênio ruim'.*

Mostrou-se angustiada ao saber da possibilidade de estar com um tumor maligno quando relatou suas impressões sobre a doença *'pra mim eu achava que era um câncer, fui no postinho e o médico falou que não era aqui. Aí fiz uma biópsia, tão grande,* (começa a chorar) *porque o médico disse que não era nada. Aí passou para o outro lado, por isso fiquei contente quando cheguei aqui'.*

Quando perguntada sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, falou em tom de alívio *'encheu minha boca de coisa branca e não tinha mais saliva para engolir, fiz tratamento, ardia e não adiantou nada. Aí eu vim aqui no laser e sarou,* (mostra para mim) *não tem mais nada'.*

Demonstrou sua preocupação no bem estar ao falar o que pretendia fazer de sua vida *'sabe o que eu tenho vontade filha... sabe qual é o meu sonho... trabalhar mais e ajudar o meu marido. Sabe qual é o outro sonho meu... aposentar e receber uma pensão'.*

CASO GC 20

MULHER: N.M.F., 55 anos, primário, casada, natural de Barão Geraldo – Campinas – SP, Evangélica.

Durante cinco anos morou na cidade onde nasceu. Família transfere-se para Artur Nogueira – SP, onde inicia sua atividade profissional, doméstica, por um período de dez anos. Muda-se para Limeira, onde vive por 13 anos, na mesma atividade. Possui passagens rápidas por varias cidades, Aguaí – SP, três anos, Amparo – SP, dois anos e Campinas – SP, onde reside atualmente, continuando na mesma atividade, doméstica.

Possui quatro irmãos, três vivos e um morto, mas não sabe informar o motivo do óbito. Tem um filho vivo. Relatou doenças na família, mãe, doença do coração e pressão alta, pai, câncer e a irmã, câncer e diabete.

Iniciou-se ao vício do fumo aos 16 anos, parando com 50 anos, fumando neste período 30 cigarros de filtro por dia. Gosta de beber bebidas alcoólicas, porém de forma moderada, sendo caipirinha e cerveja, bebendo um copo por semana, até hoje. Bebe café e café com leite quente e oito copos de água por dia.

Come regularmente carne vermelha, verduras, frutas e cereais. Duas vezes na semana come legumes, raízes, tubérculos, doces e torresmo. Peixe, ovos muito pouco. Não consome leite, queijo e gorduras.

Demonstrou estar só e procurou na entrevista mostrar suas amarguras pela vida que leva ao falar como se sentia ultimamente *'ah... tem dia que a que muito bem, super bem, feliz, tem dia que não, fico asilada, eu não tenho netinho, então às vezes, de repente vem com uma depressão, eu não gosto desse nome, eu acho que tô só e como eu fico triste, minha tristeza é antiga, faz eu sentir algo ruim'.*

Mostrou-se cética ao falar da impressão que tem da doença *'eu não tenho impressão nenhuma, às vezes eu acho que não tenho problema nenhum, porque não cresce, eu tenho vontade de parar'.*

Deixou transparecer seu medo de falar a respeito da sua saúde, relatando o que mudou na vida após o diagnóstico *'é... não chegou a mudar... eu fiquei meio apreensiva, não queria comentar né, mas a gente percebe que eles tão preocupado, a gente nunca conversa. Quase cheguei a pensar que fosse um câncer de boca, porque teve uma campanha no Mario Gatti* (Hospital Público Municipal de Campinas), *mais não consegui, então o B. falo que não era nada'.*

Falou de forma já ter contemplado seu dever nesta vida, quando respondeu o que pretende realizar futuramente *'quero ser a mesma coisa que eu sou. Realizar pouca coisa, porque gloria a Deus tenho um marido bom, uma filha boa... o que eu quero é pesca na beira do rio'.*

CASO GC 21

HOMEM: V.F., 41 anos, ginásio, casado, natural de Rinópolis – SP, Católico.

Mesmo nascendo na área urbana da cidade de Rinópilis – SP, morou três anos na área rural. Família muda-se para Campinas – SP, cidade onde reside até hoje, desempenhando sua primeira atividade profissional como pedreiro, depois operador de máquinas e por último mecânico, trabalhando como autônomo até os dias de hoje.

Possui sete irmãos, seis vivos e um morto com problemas de coração. Tem dois filhos, vivos. Não relatou doenças em família, exceto do irmão que morreu.

Iniciou-se no fumo aos dez anos de idade, fumando até os 39 anos, quando parou. Neste período consumia 30 cigarros de filtro por dia. Tem o hábito de beber cerveja desde os 23 anos de idade, consumindo até hoje, quatro garrafas por dia. Gosta de beber café, café com leite e tomar sopa. Água toma dois litros diários.

Comer carne vermelha em cinco dias da semana. Regularmente come verduras e cereais. Peixe, legumes, raízes e tubérculos dois dias na semana. Ovos, pouco. Gosta de comer doces. Não consome leite, queijo, frutas e gorduras.

Demonstrando estar agitado relatou como se sentia ultimamente *'irritado, mais assim, meio estressado e cansaço tenho um pouco'*.

Preocupado mostrou as impressões têm da doença *'ah... eu acho que fosse um câncer, ou coisa parecida... aqui o médico falou que não'*.

Demonstrou seu estado de angústia não querendo falar sobre o que mudou na vida após o diagnóstico *'não, quero dizer quando a dentista falou pra mim, tive alteração de preocupação, aí fiz os exames e fiquei mais calmo'*.

Demonstrou estar tenso e preocupado com o seu tratamento quando falou o que pretende fazer na sua vida *'acabar de criar meu filho, trabalhar e me curar'*.

CASO GC 22

HOMEM J.P.V., 49 anos, primário, casado, natural de Major Prado – SP, Católico.

Nascido na zona rural trabalhou na roça desde os oito anos de idade. Com 13 anos muda-se para Palmeira do Oeste – SP, onde trabalhou por mais sete anos na roça. Quando vai para Jundiaí – SP, inicia seu trabalho em metalurgia, ficando nesta atividade por 20 anos. Atualmente mora em Campinas – SP há sete anos, onde se aposentou.

Tem cinco irmãos, três vivos e dois mortos, um com doença de chagas e outro assassinato. Possui dois filhos vivos.

Relatou doenças na família, sua mãe, doenças do coração e pressão alta, irmão, doença no coração, irmã, pressão alta e o pai com câncer. Nunca teve o habito de fumar.

Bebida, gosta de tomar cerveja, bebendo uma garrafa por semana. Bebe pouco café. Café com leite um copo por dia e água, três copos diários.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, queijo, verduras e cereais. Come pouco ovo, raízes e tubérculos. Não consome peixe, leite, frutas, legumes e doces. Gosta de comer torresmo.

Demonstrou estar em estado de estresse quando relatou como se sentia ultimamente *'na vida eu me sinto bem. O que eu sinto é sono, um sono terrível, nem acredito, vou pra cama e o sono some, não consigo dormir. Mesmo no serviço o sono é terrível, sento e dou uma cochilada'.*

Mostrou alívio com o resultado do diagnóstico, quando falou de suas impressões da doença *'olha, eu trabalhei muito tempo no sitio, começou a queimá no sol, e foi um câncer branco, nem idéia eu tenho, porque ele fez exames e viu que não era câncer mais grave, mas não era'.*

Relatou sua preocupação com a aparência quando falou sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'perturba, fica feio aquela mancha branca, era grande, arranca a pelinha e voltava outra vez'.*

Consciente falou o que pretende fazer de sua vida *'olha, eu já sou aposentado, minha intenção é trabalhar mais um ano e comprar uma chácara em São Pedro e mudar pra lá se Deus quiser'.*

CASO GC 23

MULHER: E.R.R.C., 26 anos, ginásio, casada, natural de Casa Branca – SP, Católica.

Reside na mesma cidade onde nasceu. Trabalhou durante três anos na lavadora e cinco anos como doméstica. Tem seis irmãos e um filho, todos vivos. Relatou doenças na família, a irmã, pressão alta, a avó doença no coração e a cunhada e o avô com câncer.

Com dez anos de idade aprende a fumar cigarro de filtro, consumindo até hoje, dez cigarros por dia. Não possui o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Come regularmente verduras e cereais. Carne vermelha, leite, queijo, ovos, três vezes na semana. Peixe, tubérculos, doce muito pouco. Não consome frutas, legumes e gorduras.

Relatou não possuir maiores preocupações ao dizer como se sentia ultimamente *'bem, tranqüila, nada'*.

Mostrou-se aliviada e quando colocou a impressão que tem da doença *'ah... eu vou falar a verdade, quando começou a doer, eu pensei que fosse um câncer. O que me falaram que não é nada. Tô mais tranqüila, os médicos falaram que se deixasse podia virar, então tirei'*.

Demonstrou ter aprendido a cuidar melhor de si quando falou o que mudou em sua vida *'mudou, porque agora qualquer coisinha eu vou correndo ver o que é'*.

Em tom de obrigação falou o que pretende fazer na sua vida *'trabalhar, voltar a trabalhar, só isso mesmo'*.

CASO GC 24

MULHER: J.R.B., 54 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada, natural de Onda Verde – SP, Evangélica.

Durante dez anos viveu na cidade natal, tendo a família transferindo-se pra Ouro Verde – SP, onde trabalhou durante 28 anos na lavoura. Atualmente mora em Campinas – SP, há cinco anos.

Possui sete irmãos, seis vivos e um morto por derrame. Tem quatro filhos, todos vivos. Relatou doença na família, o pai com câncer e a paciente com pressão alta.

Iniciou com cigarro de palha aos 14 anos, fumando dois cigarros por dia até os 50 anos, quando trocou por cigarro de filtro, fazendo uso de quatro por dia. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

Gosta de tomar café, consumindo um litro por dia e água, dois litros diários. Come carne vermelha, verduras e cereais todos os dias da semana. Legumes, raízes e tubérculos em dois dias. Come pouco peixe. Não consome leite, queijo, ovos, frutas, doces e gorduras.

Mostrou-se estar aliviada com sua melhora, contudo focou sua preocupação no outro ao falar de como se sentia ultimamente *'Tô bem, tô comendo, quando eu fumava eu não comia, só bebia café. Preocupada eu sou, o que mais eu sou é preocupada com aluguel, tenho preocupação com filho, de seu trabalho, o serviço é perigoso'.*

Referiu-se às impressões da doença como um mau presságio, devido ter presenciado o sofrimento de seu pai com câncer *'eu achava que era uma carne crescida da dentadura e fiquei meio desconfiada porque meu pai deu essa problemaiada, eu tava desconfiada que fosse câncer porque meu pai morreu de câncer e começou assim'.*

Depois de saber que não tinha um tumor maligno, falou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou, eu não fiquei sabendo direito o que deu no exame...'.*

De maneira conformada e desesperançosa falou o que pretende fazer na sua vida *'hoje não sonho mais nada porque o que eu não tenho que fazer mais nada, porque quem trabalha na roça, sabe que não vai ter nada e eu não estudei, agora não dá pra fazer nada'.*

CASO GC 25

MULHER: M.E.F.P., 58 anos, colégio, casada, natural de Caldas – MG, Católica.

Sempre residiu na cidade onde nasceu. Completou os estudos até o magistério. Exerce a profissão de professora há 28 anos.

Possui quatro irmãos e três filhos, todos vivos. Relatou problemas de saúde na família, mãe com doenças no coração e pressão alta, primas, diabetes e a irmã, câncer.

Iniciou-se ao vicio de fumar aos 13 anos com cigarro sem filtro, fumando 20 cigarros por dia até os 20 anos, quando trocou por cigarro com filtro, utilizando a mesma quantidade. Aprendeu a tomar cerveja aos 18 anos e atualmente bebe dez garrafas por semana. Gosta de tomar café e chá, bebendo três xícaras por dia e dois litros de água diários. Consome regularmente carne vermelha, leite, queijo, ovos, verduras, frutas, legumes e cereais. Come pouco peixe e tubérculos. Não come doce nem gorduras. Gosta de preparar as comidas com pimenta.

Ao ser perguntada de como se sentia ultimamente se emociona e começa a chorar ao falar das preocupações e dos problemas *'ah... bem nervosa, muito agitada, muitos problemas, eu não era, fiquei. Primeiro, quando o implante do dente, essa minha doença, faço isso após disto. Tô preocupada com os filhos'.*

Mostra-se cética e alienou-se ao falar quais as impressões que tem da doença *'eu não dei confiança pra ela, eu não ligo, logo a gente pensa que é doença ruim, credo, mais aí a biópsia, e deu isso e já faz um ano e meio, qualquer coisa me preocupa e acho que é doença ruim, eu não falo que tô nem aí para minha cabeça'.*

Em um estado confusional falou sobre o que mudou em sua vida *'nada, meu problema foi o implante, incomoda o marido pra trazer, eu vim de ônibus e quando eu como pimenta... eu adoro pimenta'.*

Falou com sentimento de alguém que está presa, amarrada, tentando dizer o que pretende fazer na vida *'não sei, ver que tá me prendendo, tem dia que eu não quero fazer mais nada'.*

CASO GC 26

HOMEM: R.R.S., 40 anos, ginásio, casado, natural de São Paulo – SP, Católico.

Morou na Capital de SP, durante 38 anos, trabalhando durante 15 anos no comércio e outros 15 anos como vigia. Muda-se para o interior na cidade de Divinolândia – SP, onde continua a trabalhar como vigia.

Possui quatro irmãos e dois filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, a tia com câncer e o próprio paciente com doença no coração.

Iniciou seu vício de fumar aos 18 anos, consumindo 30 cigarros de palha por dia, porém após janeiro de dois mil e um, passou a fumar apenas dois. Completa *'bobera, curiosidade, meus dois irmãos fuma'*. Começou a beber pinga aos 18 anos, e parou aos 32, consumindo neste período cinco copos diários.

Toma café com leite e dois litros de água por dia. Alimenta-se regularmente de verduras e cereais. Come pouca carne vermelha, dois dias na semana. Leite, queijo, ovos, legumes, raízes, tubérculos em média quatro vezes na semana. Não come frutas, doces e gorduras.

Com um sentimento de inferioridade falou como se sentia ultimamente, *'ah... eu até me sinto normal, um pouco preocupado, mais não que me deixe abalado, minha situação financeira tá numa situação bastante desagradável, meu aluguel minha sobrinha que paga e também o convênio do meu filho'*.

Mostrando-se apático quanto a sua saúde, relatou qual a sua impressão da doença *'ah... eu nunca me preocupei com isso, foi o médico que viu e falou pra eu né e o que viria a ser, e disse que não é nada sério'*.

Ao falar sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, demonstrou congelamento perante a sua situação *'não mudou nada'*.

Deixou transparecer um estado melancólico e sonha quando fala o que pretende fazer de sua vida *'eu quero sair logo dessa situação triste, voltar a trabalhar, cuidar do meu filho, ver ele crescer e me dá um neto. E tudo que tem direito'*.

CASO GC 27

MULHER: L.R.S.G., 68 anos, primário, casada, natural de Morungaba – SP, Católica.

Morou apenas um ano na cidade onde nasceu, tendo a família transferindo-se para São Pedro – SP. Em São Pedro, a família morou durante seis anos. Fixam residência em Paulínia – SP por 40 anos, e por ultimo onde reside atualmente, Campinas – SP, há três anos. Nunca trabalhou fora de casa.

Possui 11 irmãos, oito vivos e três mortos por tosse comprida e tem três filhos, todos vivos. Relatou não haver doenças em família, exceto a própria paciente com pressão alta.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Toma apenas café com leite uma vez ao dia.

Alimenta-se basicamente de cereais, comendo carne vermelha quatro vezes na semana, verduras e tubérculos, duas vezes e legumes uma vez. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, frutas, doces e gorduras.

Ao relatar de como se sentia ultimamente, demonstrou um estado de aflição com este período de sua vida *'eu me sinto muito nervosa, meu marido tá internado, isto tá um problema porque a válvula não tá funcionando direito, comigo eu tô bem. Tá tudo bem, a gente se preocupa'.*

Mostrou-se estar ainda em dúvida quanto o seu estado de saúde, quando falou de suas impressões sobre a doença *'sabe... eu não tinha nada, aí eu fiz uma prótese muito mal feita, formou uma coisa branca esponjosa, aí eu fiz duas biópsia. Achei que era coisa ruim, não é! É? Não é nada ruim é?*

Falando com a certeza que não era nada, nos contou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou, não incomoda, passou o laser'.*

Mostrou sua preocupação e desejo para com o cônjuge quando nos conta o que pretende fazer de sua vida *'ai... eu queria que meu marido sarasse, faltou companhia, faltou, faltou tudo. Ele não tá muito bem não, pedi a Deus que ele agüente'.*

CASO GC 28

HOMEM: A.F.F.O., 45 anos, ginásio, casado, natural de Campinas – SP, Católico.

Nasceu, cresceu, estudou, casou e trabalha na cidade de Campinas – SP. Iniciou sua vida profissional exercendo a profissão de mecânico por 18 anos. Como vendedor trabalhou cinco anos e a 15 é motorista.

Possui dois irmãos e um filho, todos vivos. Relatou doenças na família, o tio diabete, a avó, câncer e o próprio paciente pressão alta.

Iniciou-se no vicio de fumo aos 12 anos com cigarro de filtro, consumindo 20 cigarros por dia até hoje. Começou a beber cerveja aos 16 anos, bebendo atualmente três garrafas por semana.

Gosta de tomar café quente, bebendo um litro por dia e água a mesma quantidade. Consome regularmente carne vermelha e cereais. Leite, queijo, ovo e verduras come pouco e peixe uma vez na semana. Não consome frutas, legumes, tubérculos, doces e gorduras.

Mostrou-se estar muito tenso, quando falou como se sentia ultimamente *'preocupadíssimo, nervosismo, além do estresse, é o dia a dia, trabalho, eu com essa situação financeira vai acumulando. Nervoso, cheguei a chorar quando tava tratando'*.

Sem saber responder exatamente o que lhe estava acontecendo, disse quais são as impressões que tem da doença *'olha, eu não tenho nem parecer, é uma bola que cresce, e atrapalha no céu da boca, e nunca tive nem curiosidade'*.

Sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, relatou *'nada... acho que não mudou nada'*.

Angustiado relatou o que pretende fazer de sua vida *'se possível trabalhar por conta, ter o próprio negócio'*.

CASO GC 29

HOMEM: J.I.G.S., 43 anos, primário, natural de Santana do Ipanema – AL, Católico.

Morou apenas um ano na cidade onde nasce. Em Aparecida d'Oeste – SP, trabalhou como lavrador durante seis anos e trabalhou em oficina mecânica durante dois anos. Muda-se para Americana – SP, onde há 29 anos exerce a profissão de mecânico.

Vem de uma família com 17 irmãos, sendo nove vivos e oito mortos, sabendo que um apenas morreu de febre, não sabendo dizer dos demais. Relatou que doenças na família têm o pai com câncer na boca e uma irmã com pressão alta. Possui um filho, vivo.

Iniciou-se no fumo aos 16 anos, fumando por dia 20 cigarros de filtro até hoje.

Começou a beber bebidas alcoólicas aos 20 anos. Pinga consumiu até os 35 anos, bebendo dez copos diários. Cerveja bebe até hoje, duas garrafas por dia. Café e café com leite toma uma xícara por dia e um litro de água todos os dias.

Consome regularmente carne vermelha, verduras e cereais. Come pouco, peixe, leite, queijo, ovos, frutas, legumes *'jiló'*, tubérculos, e doces. Não consome gorduras.

Mostrou-se mais tranqüilo com seu estado ao relatar como se sentia ultimamente *'ah... eu tô bem, graças a Deus, tô aqui, agora tô me curando a minha saúde graças a Deus, o único problema que eu tenho é a coluna, tô bem'*.

Demonstrou um misto de alívio e desconfiança, quando relatou qual as suas impressões sobre a doença *'nossa! Eu fiquei assustado, foi a primeira coisa que pensei. Já perguntei duas vezes, fiquei desesperado mesmo, já tive o pai, porque no tempo de calor, ela inchava e sangrava, aí foi que eu tive que vir, aí eu cuido de mim né, acalmei. Até hoje tô cismado'*.

Mostrou-se estar mais tranqüilo, quando falou sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada, ficou normal, do jeito que tava, só fiquei mais contente por não ser nada, só agradeço a Deus'*.

Preocupado com a manutenção de sua família, relatou o que pretende fazer de sua vida *'tô acabando a minha casa, tô colocando o piso e comprá os móveis, porque eu nunca tive casa e agora a gente ganha, dá pra comer. Meu filho tá trabalhando, de vez em quando, eu guardava um dinheiro, eu quero pegar esse dinheiro e fazer rolo de carro, compro um e vendo outro, o que eu quero é isso e gostaria de comprar uma chacrinha'*.

CASO GC 30

MULHER, I.R.L., 56 anos, analfabeta (lê e escreve mal), divorciada, natural de Colina – SP. Católica.

Na cidade de Colina – SP, morou por 23 anos, dos quais 16s anos trabalhando na lavoura. Muda-se para Americana – SP, onde durante quatro anos trabalhou em tecelagem e como doméstica. Atualmente, mora em Nova Odessa – SP, onde trabalhou em tapeçaria por um ano tapeçaria e há um ano como babá. Possui 11 irmãos, sendo nove vivos e dois mortos, ambos de câncer. Tem seis filhos, todos vivos. Doenças na família relatou a mãe com diabete, doença no coração, pressão alta e seus irmãos com câncer.

Por um período de oito meses, sem saber precisar quando, fumou 20 cigarros de filtro por dia. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Bebe pouco café e café com leite. Água, um litro por dia. Alimenta-se de carne, frutas e cereais regularmente. Legumes, três vezes na semana. Come pouco peixe, ovos e verduras. Não consome leite, queijo, raízes, doces e gorduras.

Mostrou-se descontente com o fato de estar longe de sua família, quando disse como se sentia ultimamente *'ah... eu fico sempre preocupada porque os filhos moram tudo longe. Duas noras moram em um bairro afastada, fico até três meses sem vê eles'.*

Estava temerosa ao falar quais eram suas impressões sobre a doença *'eu tinha medo de ser câncer. Minhas irmãs e meus filhos falavam pra evitar, cresce e pega no corpo todo, porque eu achava que era câncer. Depois que soube o que era, passou'.*

Ao relatar sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico, mostrou-se conformada *'não, não mudou nada, eu era assim, não saia de casa. Depois eu comecei a sair com meu irmão - trazia ele aqui, depois ele morreu'.*

Falou de seu sonho ao relatar o que pretende fazer de sua vida *'quero viver com saúde, só passear. Sou separada há 16 anos'.*

CASO GC 31

HOMEM: A.C., 71 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Itapira – SP, Católico.

Mora até hoje na área rural da mesma cidade onde nasceu. Trabalhou durante 65 anos na lavoura, dizendo que ainda hoje *'trabalha um pouquinho'*.

Tem sete irmãos, sendo seis vivos e um morto por câncer. Possui seis filhos, todos vivos. Relatou apenas doença na família a irmã que morreu de câncer.

Fumou até os 70 anos, três cigarros de palha e um de filtro por dia, desde os 14 anos. Iniciou o hábito de beber bebida alcoólica aos 20 anos, consumindo uma garrafa de pinga por dia até os setenta anos. Toma café morno, quatro xícaras por dia. Alimenta-se de carne vermelha, verduras, legumes e cereais regularmente. Consome pouco leite, queijo, ovos e tubérculos. Não come peixe, frutas, doces e gorduras.

Preocupado falou de como se sente ultimamente *'fiquei bastante abalado no começo, bem nervoso, agitado'*.

Sem saber o que exatamente lhe estava acontecendo disse qual a sua impressão da doença após o diagnóstico *'achava que era espinha de peixe, depois da cirurgia ficou tudo bem'*.

Sem externar emoção relatou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'parei de beber, não conseguia se alimentar muito bem'*.

Mostrou-se econômico nas palavras e nos sentimentos ao falar o que pretende realizar em sua vida *'a viver né, ter saúde né e trabalhar um pouquinho'*.

CASO GC 32

HOMEM: C.A.D., 32 anos, casado, ginásio, natural de Rio Claro – SP, Católico.

Nasceu, cresceu, estudou e casou na mesma cidade, Rio Claro – SP. Há seis anos exerce a profissão de vigia industrial. Possui dois irmãos, todos vivos. Não tem filhos. Relatou doenças na família o avô com problemas no coração e a avó com câncer.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Toma chá, uma xícara por dia. Água um litro e refrigerante, dois litros diários. Come regularmente carnes de frango, boi e porco, cereais e frutas. Raízes e tubérculos, três vezes na semana. Pouco legumes e doces. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, verduras e gorduras.

Agitado falou de como se sentia ultimamente *'estressado, ah... as vezes no serviço, chego de cabeça quente. É muita responsabilidade. E eu me preocupo bastante com a minha saúde, eu tenho pressão alta e tenho que ver como tá o coração'.*

Mostrou-se revoltado pela forma que ficou sabendo de sua enfermidade ao falar das impressões que tem da doença *'ah... eu peguei uma infecção e não percebi que tinha crescido, aí o Dr. de Rio Claro disse que era câncer. Aí eu fiquei revoltado e fiquei com medo, dá um revertério na gente. Aí o outro médico disse que não era, aí vim aqui no otorrino e disse que não era nada, aí fiquei mais sossegado, porque quando falou isso, eu fiquei nervoso, esquisito, não conseguia trabalhar direito'.*

Como se tirasse um peso de suas costas, relatou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'ah... mudou né, sei lá, você quer viver, fica mais aliviado, como posso dizer, fica mais solto, quer viver mais e mais'.*

Demonstrando gostar da vida, disse o que pretende fazer *'continuar a viver da melhor maneira possível'.* Completou *'meu futuro é a minha filha que vai nascer, a minha mulher quer comprar uma casa. Eu falei que não vou durá pra sempre, então quero deixar algo pra elas, ficar sossegado. Terreno não dá. Dá tudo de bom pra minha família, queria subir na vida, pará de fazer bico'.*

CASO GC 33

HOMEM: V.S.B, 41 anos, solteiro, primário, natural de Capivari – SP, Católico.

Mora na área rural da mesma cidade onde nasceu, onde iniciou sua atividade profissional na lavoura aos 14 anos.

Possui oito irmãos, sete vivos e um morto por cirrose. Tem seis filhos, todos vivos. Relatou doença na família, a mãe com diabete e pressão alta.

Fuma cigarro com filtro desde os 12 anos, consumindo vinte cigarros por dia. Pinga bebe desde os dez anos, tomando dois copos todos os dias. Começou a beber cerveja aos 20 anos, bebendo três garrafas por dia.

Gosta de tomar café morno, um litro por dia. Água bebe dois copos diários. Alimenta-se de carne vermelha, leite, queijo e ovos, três vezes na semana. Peixe e legumes, duas vezes. Verduras em quatro dias da semana. Consome regularmente cereais e frutas. Não come raízes, doces e gorduras.

Chorando, começou a falar de como se sentia ultimamente *'nervoso, parado, tô sem emprego. Bastante triste e preocupado, quem é que não fica, por causa da minha doença'.*

Ao falar quais eram suas impressões sobre a doença, mostrou-se confuso *'achei que o queixo tava mole, que fosse problema que não pudesse mastigar, pensei que fosse câncer, um pouco né'.*

Demonstrando estar com medo de morrer, disse o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'bastante, fico com medo de acontecer o mesmo que aconteceu com meu irmão, ele morreu de cirrose, só isso'.*

Relatou seu desejo em trabalhar, quando disse o que pretende fazer de sua vida futura *'arruma um emprego, arruma minha casinha, moro com minha mãe'.*

CASO GC 34

MULHER: C.P.P., 57 anos, casada, primário, natural de São Paulo – SP, Católica.

Nascida e criada na capital do estado, há cinco anos reside na cidade de Indaiatuba – SP, exercendo a profissão de tecelã, totalizando oito anos nesta atividade.

Possui nove irmãos, quatro vivos e cinco mortos, um por gangrena, não sabendo dizer dos outros. Completa *'eu era rica sabe... agora fiquei pobre'*. Tem um filho, vivo. Relatou doenças na família, marido diabete, a sogra doenças no coração e pressão alta, o pai câncer na próstata e a paciente pressão alta.

Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, duas xícaras por dia e café com leite, uma xícara. Toma um litro de água por dia. Carne vermelha, raízes e doces come uma vez na semana. Regularmente alimenta-se de verduras, legumes e cereais. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, frutas e gorduras.

Relatou seus problemas familiares, de forma ficar para segundo plano a sua enfermidade, ao perguntada de como se sente ultimamente disse *'olha... eu me sinto bem, tem minha dores e meus problemas, porque meu marido não se dá com o filho, mas pra evitá uma série de problemas maior eu tenho que mentir, porque eu passei um problema serio com ele, a vizinhança achava que tava louca, mais eu sabia o que, quem tava num beco sem saída, a vizinha enfiou coisa na cabeça do meu marido, ele tem gênio forte, queria mais é destruir, eu não sei, pedi pra meu filho fica de fora, porque eu achei que ia sair morto'*.

Sem saber exatamente o que lhe está acontecendo falou sobre as suas impressões da doença *'então esse problema meu eu não sei. Quando começou todo esse problema há dez anos, pedi pra fazer uma dentadura nova, mas não dava, pra fazer eu pedi dinheiro emprestado, porque eu não tinha mais a gengiva e o problema é que tá doendo, inchava tá dando um chance nova, porque tá sumindo a gengiva desse jeito.*

Deixou transparecer a necessidade de estar bem para o outro, quando disse que mudou em sua vida após o diagnóstico *'assim... fiquei muito preocupada, já tenho dentadura, apesar de tudo o que passei, eu sou vaidosa'*.

Demonstrando infelicidade pela vida que leva e ao mesmo tempo insegura para tomar uma decisão, relatou o que pretende fazer de sua vida *'eu... sei lá, no começo tava loca pra separa dele, tenho cinqüenta e sete anos, não é fácil começar a vida sozinha, mais eu penso, não quero ser um peso pra meu filho, resolvi ficá e ver no que vai dar'*.

CASO GC 35

MULHER: L.A.V.N., 45 anos, colégio, casada, natural de Juréia – MG, Católica.

Permaneceu durante 15 anos na cidade natal, morando na área urbana. A família transfere-se para Campinas – SP, cidade onde reside até hoje. Trabalhou durante quatro anos como comerciaria, seis anos no correio e seis anos no fórum como escriturária.

Possui oito irmãos e três filhos, todos vivos. Doença na família relatou apenas a do pai, diabete, doença no coração e pressão alta.Nunca teve o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café morno, bebendo um litro por dia. Água bebe dois litros diários. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, legumes, cereais e doces. Três vezes na semana come frutas e dois tubérculos. Não consome, leite, queijo, ovos e gorduras.

Deixou claro a necessidade obter recursos financeiros para a manutenção de sua família ao falar de como se sentia ultimamente *'ah... tenho dor nas varizes, cada mês eu tenho que lutar. Ando nervosa e ansiosa. Tô com dois desempregados, meu filho e meu marido. Meu filho entrou na faculdade, é seiscentos reais por mês, tá muito difícil. Se não arruma emprego, eu não sei o que vai fazer'*.

Relatou um misto de temor e alivio quando disse quais as impressões sobre a doença *'então... ah... eu pensei que fosse um câncer e a gente ouve tanto falar, fiquei preocupada e agora voltou um pouquinho, mais não deu nada, não me incomoda'*.

Deixou transparecer um estado confusional quando falou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, tá tudo normal'*.

Relatou a forma de vida que gostaria de ter, quando disse o que pretende fazer de sua vida *'eu pretendo cursar a faculdade, eu prometi pro meu pai, quero fazer direito, me aposenta e continuá trabalhando. Trabalhá pra mim é uma terapia, se eu fica em casa, tava louca já'*.

CASO GC 36

HOMEM: A.A.M., 27 anos, primário, casado, natural de Santa Rita de Caldas – MG, Católico.

Residiu na cidade natal até os 21 e um anos, exercendo as atividades de lavrador, serviços gerais e motorista. Muda-se para Andradas – MG, onde mora com sua esposa e trabalha como motorista há quatro anos. Doenças na família relatou apenas o tio com diabete. Possui dois irmãos, vivos. Não tem filhos.

Nunca fumou ou teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Toma café com leite, dois copos por dia. Água dois litros diários. Alimenta-se de carne vermelha, três vezes na semana. Regulamente come verduras, cereais e doces. Frutas, legumes dois dias na semana. Leite, queijo, ovos, raízes uma vez na semana. Não consome peixe e gorduras.

Sua fala demonstrou mais preocupação com sua situação financeira do que com a doença ao se referir a sua saúde quando nos contou como se sentia ultimamente *'ah... eu sou assim, de repente to bem, de repente dá um vazio, de repente passa, fico pensando nas contas. O dia fica mais bravo é quando recebo. Só que paga as prestação, fico sem dinheiro'*.

Mostrou-se preocupado ao falar das impressões que tem sobre a doença *'eu, no começo achei que fosse uma ferida normal, eu no começo tava com medo que fosse câncer, começou a crescer e ficou feio, aí vim pra Unicamp'*.

Respondeu de forma evasiva ao falar o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'fiquei meio preocupado. Já que tem a cirurgia, então sara e fique bem'*.

Mostrando-se confiante, relatou o que pretende fazer de sua vida *'trabalhar bastante, fazer um pé de meia melhor pra mim se Deus quiser, arruma uma dúzia de filhos, tô brincando, só dois'*.

CASO GC 37

MULHER: R.A.G.S., 34 anos, ginásio, casada, natural de Limeira – SP, Católica,

Sempre residiu na mesma cidade onde nasceu. Trabalha há quatro anos como faxineira. Possui três irmãos e três filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, a mãe diabética e pressão alta, avó, diabética, e a cunhada com câncer.

Nunca fumou ou teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, bebendo um litro por dia. Água bebe dois copos diários. Alimenta-se regularmente de verduras, legumes e cereais. Queijo, ovos, frutas e tubérculos, duas vezes na semana. Carne vermelha apenas uma vez. Não consome peixe, leite, doces e gorduras.

Expôs sua necessidade financeira ao falar como se sentia ultimamente *'ansiosa, não trabalho fixo, sou diarista e cansa muito. Tô trabalhando pra pega um todo dia'.*

Demonstrando consciência de seu estado, relatou quais suas impressões sobre a doença *'olha, eu não achava que era uma coisa ruim, achava que dava pra tratar. O que me incomodava era o mau cheiro e inflamava, mais não achava que era coisa ruim'.*

Relatou de forma efusiante o que realmente sentia quando dizer se mudou alguma coisa em sua vida após o diagnóstico *'mudou, minha recuperação tá melhor, minha vida melhorou, porque a família toda ficou de botuca, melhorou bastante'.*

Falou com clareza ao responder o que pretende fazer de sua vida *'eu não penso muito em mim, eu quero ter saúde pra ver eles crescerem, ter saúde pra continuar trabalhando e fazer uma cirurgia plástica no seio, por causa da coluna'.*

CASO GC 38

HOMEM: M.K.B.A., 54 anos, superior, casado, Campinas – SP, Evangélico.

Na cidade onde nasceu, não soube dizer quanto morou antes de mudar-se para Corumbá – MS, onde morou por dois anos. Residiu 18 anos no Rio de Janeiro – RJ, trabalhando dois anos como comissário de bordo. Nos U.S.A., 25 anos em administração de turismo, Rio de Janeiro – Rj, aulas de inglês – tradução, São Paulo – SP, idem. Atualmente reside em Campinas – SP.

Possui cinco irmãos, quatro vivos e um morto – natimorto. Tem um filho, vivo. Relatou doenças na família, a mãe com pressão alta e um tio com câncer.

Iniciou o vício ao fumo com 21 anos, parando aos 38 anos, fumando dez cigarros por dia *'razões mais idiotas possíveis. Tive uma namorada que eu gostava muito e ela fumava muito e ela sabia do meu antitabagismo. E ela oferecia e eu rejeitava, aí eu comecei a provar'*. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Bebe café duas xícaras e dois litros de água diariamente. Alimenta-se de carne branca *'frango sem pele'*, raízes e tubérculos quatro vezes na semana, verduras, legumes, cereais e doces todos os dias e frutas, três dias na semana. Come pouco queijo e ovos. Não consome peixe, leite e gorduras.

Mostrando-se inquieto, ansioso e tenso, relatou de como se sentia ultimamente *'olha... eu... a situação de vida, nunca fora tão estressante'*.

Definiu as impressões que tem da doença com um padrão monetário *'a primeira idéia que eu tinha é que por falta de recursos. O dentista me tratava, assim, e só pagava o material, surgiu uma pequena bolinha de pus, então como conseguir. Surgiu isso. Eu acho que é simples, o problema não é assim tão grave. Grave é quando pesa no bolso'*.

Reafirma sua postura saúde versus dinheiro ao falar o que mudou na sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada. A gente só vai adiante com o tratamento por causa do dinheiro'*.

Relatou sua necessidade de mudança quando fala sobre o que pretende realiza em sua vida daqui pra frente 'eu tenho que ter calma para lidar, não querer abocanhar o mundo com as mãos. Quero voltar para os U.S.A. com minha esposa e o que me impede é meus pais'.

CASO GC 39

HOMEM: J.R.R., 49 anos, primário, casado, natural de Campinas, Católico.

Morou durante dez anos na cidade onde nasceu, dos quais trabalhou cinco na lavoura. Muda-se para Valinhos – SP, onde reside a 40 anos, sempre trabalhando na lavoura. Possui três irmãos e três filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, a mãe com diabete e pressão alta e o pai com câncer.

Fuma cigarro com filtro desde os 14 anos, 20 cigarros por dia *'não sabe, aprendi a fuma com meu avô. Eu fazia o cigarro pra ele'*. Iniciou o hábito de beber pinga aos 20 anos, vindo a parar aos 47 anos. Consumia um copo pro dia. Bebe pouco café. Gosta de café com leite, tomando quatro copos por dia e bebe dois litros de água diariamente.

Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, frutas e cereais. Legumes come em cinco dias da semana. Come pouco peixe, queijo, ovos, raízes e tubérculos. Não consome doces e gorduras.

Mostrou-se assustado com a realidade que encontrou quando falou como se sentia ultimamente *'pra dizer a verdade, eu não sinto nada. Começou a inchar, mais comia normal, bebia normal, trabalhando normal. Eu fiquei preocupado quando vim aqui a primeira vez. Nossa senhora, eu não saia do mato, e ver tudo isso aqui a gente fica preocupado'*.

Sem saber exatamente o que estava lhe acontecendo, relatou suas impressões sobre a doença *'eu pensei que era problema de dente, nunca me passava pela cabeça que fosse coisa ruim'*.

De forma singela, falou o que mudou na vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada, só preocupação, tenho que toma remédio, mais nada que abalasse a gente'.*

Sem se abalar com seu tratamento respondeu o que pretende fazer da vida *'vou continuar minha rotina, fica lá trabalhando no sitio lá'.*

CASO GC 40

HOMEM: A.M.C., 68 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Santa Rita de Caldas – MG, Católica.

Mora na cidade natal desde que nasceu. Chegou a trabalhar dois anos como carpinteiro, porém, trabalho a vida inteira na lavoura. Pertence a uma família grande, possuindo 21 irmãos, sendo 14 vivos e sete mortos, sabendo especificar apenas que um foi no parto, outro de câncer e o terceiro de infecção no ouvido. Tem cinco filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, irmãos, diabetes, doença no coração, câncer e pressão alta e o paciente com doença no coração e pressão alta.

Iniciou o vício de fumar aos 15 anos de idade com cigarro de palha, consumindo oito por dia, parando com 50 anos. Aos cinqüenta e um anos, começou a fumar cigarro com filtro, fumando até hoje 40 por dia. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, bebendo cinco xícaras por dia e oito copos de café com leite.

Alimenta-se todos os dias de cereais. Carne vermelha dois dias, raízes e tubérculos em três dias na semana. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, verduras, frutas, legumes, doces e gorduras.

Mostrando-se agitado, alou como se sentia ultimamente *'eu, qualquer coisinha me preocupo, com as coisas, dói, então eu fico louco da cabeça. Com a minha casa eu não preocupo, qualquer coisa deixa eu nervoso, fico fulo da vida'.*

De forma cética, elatou as suas impressões sobre a doença *'eu achava que era espinha de peixe de mandi'.*

Negando-se entrar em contato com a realidade,falou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada'*.

Demonstrou seu medo quando disse o que pretende fazer de sua vida *'quero servir os amigos no que eu puder. Resta os dentes. Eu me emociono a toa* (começa a chorar), *eu não sei o que acontece, mãe eu preocupo a toa com tudo, eu não tenho medo de morrer, eu tenho medo de dar trabalhos pros outros'*.

CASO GC 41

HOMEM: L.A.B., 44 anos, ginásio, casado, natural de Amparo – SP, Católico.

Morou três anos na cidade onde nasceu. Teve diversas passagens por períodos curtos em cidades do estado de Minas Gerais e São Paulo, trabalhando como lavrador. Fixou residência em Campinas – SP, há 25 anos. Por não possuir profissão definida, trabalhou em diversas atividades braçais. A atividade que mais exerceu foi de pedreiro, seu trabalho atual. Possui seis irmãos e três filhos, todos vivos. Doenças na família relatou a irmã diabética.

Começou a fumar com 16 anos, fumando até hoje 30 cigarros com filtro por dia. Nunca teve o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, bebendo 10 xícaras por dia e um copo de café com leite diariamente. Água toma um litro por dia. Alimenta-se regularmente de verduras e cereais. Carne vermelha, cinco dias na semana. Legumes e raízes, duas vezes por semana. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, frutas, doces e gorduras.

Sem mostrar um maior contato consigo mesmo falou como se sente ultimamente *'bom, tranqüilo. É tem as contas, corro todo dia, tem que ir tocando, tem que ter no pensamento que vai dar certo'*.

Nega-se entrar em contato com a sua enfermidade quando disse as suas impressões sobre a doença *'veja bem, meus dentes começou a amolecer, aí fui no postinho e arranquei tudo. Aí vim aqui, vamos falar o câncer, mas fui realista e não deu nada. Porque se você coloca na cabeça que você tá doente, você cai'*.

Demonstrando desconexão com a sua realidade contou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, não mudou nada, tomo o remédio e não deixo de acompanhar'.*

Demonstra seu anseio de mudança quando falou o que pretende fazer da vida *'boa pergunta... ganhar dinheiro pra ficar rico não quero não. Estou louco pra morar no interior, sair dessa corrupção, a gente fica assim, por causa da molecagem, preocupação é com os filhos'.*

CASO GC 42

HOMEM: A.G.F.L., 44 anos, primário, divorciado, natural de Campinas – SP, Católico.

Sempre residiu na mesma cidade onde nasceu. Trabalha há 20 anos como motorista. Possui dois irmãos, um vivo e um morto por câncer. Tem quatro filhos vivos. Relatou doenças na família a mãe diabética e a irmã com câncer.

Iniciou o vício ao fumo com oito anos, parando aos 40, consumindo neste período 20 cigarros por dia. Começou a beber pinga e cerveja aos 18 anos. A pinga bebia seis copos por dia até parar aos 41 anos. A cerveja bebe até hoje uma garrafa por dia. Toma pouco café. Gosta mais de café com leite, tomando três copos por dia. Toam quatro copos de água diariamente. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras e cereais. Come pouco peixe, frutas, legumes, tubérculos e doces. Não consome leite, queijo, ovos, e gorduras.

Demonstrou sua preocupação com sua atividade profissional quando falou como se sente ultimamente *'bem, graças a Deus. Tô cansado porque trabalho direto, levanto às três horas da manhã, entro as quatro'.*

Sem saber o que realmente era, deixou transparecer a necessidade do tratamento para não se tornar um tumor maligno quando respondeu as suas impressões da doença *'o médico que tava tratando falou que era câncer, falou na cara cheia. Falou que tinha que tratá, senão podia virá câncer. Aí eu me senti aliviado, estou tratando aqui faz dois anos que me trato'.*

Mostrando alívio relatou o que mudou na sua vida após o diagnóstico *'mudou assim, a gente fica mais animado, com mais esperança de curar, como o Dr. B. falou, depois dava pra coloca prótese, agora se Deus quiser pretendo colocar'.*

Ao falar o que pretende fazer da vida relatou sua vontade de viver *'ah... melhorar de vida, lógico, conseguir uma casa própria graças a Deus. A vida que eu levo é boa, mas se puder melhorar né...'.*

CASO GC 43

HOMEM: J.S., 56 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Campinas – SP, Católico.

Sempre morou na cidade onde nasceu. Trabalhou 46 anos como lavrador. Possui oito irmãos, seis vivos e dois mortos, um de meningite e o outro de câncer no estômago tem cinco filhos, todos vivos. Relatou doenças na família, o pai com doença no coração e o irmão com câncer.

Iniciou-se no vício de fumo aos 18 anos, consumindo 20 cigarros com filtro até os 55 anos, quando parou. Começou a beber pinga também aos 18 anos, tomando dois copos por dia até os 55 anos, quando parou. Toma quatro xícaras de café por dia. Alimenta-se regularmente de carne vermelha, verduras, legumes e cereais. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, frutas, raízes, doces e gorduras.

Em tom de reclamação falou como se sentia ultimamente *'normal, a única coisa que me judia é a gota. Uns dia amanhece, tava que não dava pra fazer nada'.*

Procurou demonstrar não ter noção de sua enfermidade, quando falou das suas impressões sobre a doença *'eu fui no hospital de Valinhos – SP, e o médico falou que era câncer. Aí eu vim aqui e o Dr. B falou que não era não. Fez uma biópsia e não deu. Ele queria cinco mil só para fazer raspagem, e o Dr. B. falou que se fizesse era pior. O Dr. B. e Jesus Cristo me ajudou bastante'.*

Um misto de angústia e alívio transpareceu ao contar o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'ah mudou... esse médico chamou minha mulher e meu filho e falou era câncer. Eles ficaram louco, eu tava preocupado, fazer o que, depois foi um alivio'.*

Falou de forma conformada sobre o que pretende fazer de sua vida *'trabalhar ainda preciso. Aposentadoria é muito pouco, eu trabalho na roça, eu vou fazendo o que posso'.*

CASO GC 44

MULHER: D.M.L.V., 42 anos, superior, solteira, natural de Campinas – SP, Espírita.

Sempre residiu na cidade natal, onde completou seus estudos. Sempre teve alguma atividade, vendedora, oito anos, recepcionista, seis anos, assistente instrumentista, um ano e bióloga, dois anos. Atualmente está desempregada. Possui três irmãos, todos vivos. Não tem filhos. Relatou doenças na família, o pai diabético, doença no coração e pressão alta, os avós com câncer e a mãe pressão alta.

Começou a fumar aos 12 anos e fuma até hoje uma dúzia de cigarros com filtro por dia. Não te o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Gosta de tomar café, um litro por dia e dois litro de água diariamente. Alimenta-se de carne vermelha cinco dias na semana. Regularmente come legumes, cereais, raízes, tubérculos e doces. Não consome peixe, leite, queijo, ovos, verduras, frutas e gorduras.

Mostrando-se muito agitada falou como vinha se sentindo ultimamente *'estressatérrima. Ai... tô com um monte de problemas, desde que meu pai morreu, minha mãe tá com uma série de problemas. Tá com depressão, problemas com meu irmão de separação, tô com tudo, agora com TPM, eu já sou nervosa, nem eu mesmo me agüento, me tolero'.*

Negando-se entrar em contato com a doença relatou quais eram as suas impressões sobre a doença *'não achei que fosse nada. Achei que fosse de morder e quando foi para a biópsia eu fiquei preocupada que fosse câncer. Mas procurei não pensar muito para não chamar atenção. Depois que tratou disse que não era nada'.*

Procurou manter uma imagem de quem não sofria nenhuma enfermidade, quando disse o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'não, em nada, só eu sabia que não era câncer, e tomava cuidado para não entrar em atrito, dos males o menor, para mim tudo bem'.*

Relatou uma necessidade de fazer algo para si, quando respondeu o que pretende fazer de sua vida *'nossa, eu queria que tivesse alta, ela tá recuperada da leucemia, para não precisar alguém para cuidar dela, ai eu pretendo cuidar de minha vida, não ficar na dependência e arranjar um trabalho. Tô fora do mercado há muito tempo'.*

CASO GC 45

HOMEM: J.C.F., 62 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Boa Vista – PR, Adventista.

Morou na cidade onde nasceu por 12 anos, iniciando sua atividade profissional na lavoura por quatro anos. Muda-se para Presidente Prudente – SP, onde reside por sete anos trabalhando na prefeitura local no departamento de esgoto. Na cidade de Dourados – MS, mora por 12 anos, trabalhando na lavoura. Vai morar em Alta Floresta do Oeste – RO, e durante 13 anos trabalha também na lavoura. Atualmente reside em Sumaré – SP, trabalhando em serviços gerais.

Possui oito irmãos, quatro vivos e quatro mortos, sabendo a causa de apenas um que foi de sarampo. Tem seis filhos, todos vivos. Doenças na família relatou apenas a esposa que é diabética.

Fuma cigarro de palha desde os 19 anos, consumindo três por dia. Cigarro de filtro, começou a fumar aos 40 anos, fumando 20 cigarros por dia. Começou com o hábito de tomar pinga aos 30 anos, bebendo um copo por dia. A cerveja começou aos 60 anos, ingerindo duas garrafas por dia. Gosta de tomar café, tomando um litro diariamente. Água bebe três litro por dia. Alimenta-se regularmente de carne vermelha e cereais. Verduras come duas vezes na semana. Não consome peixe, leite, queijo. Ovos, frutas, legumes, raízes, doces e gorduras.

Mostrando-se conformado disse como se sentia ultimamente *'no meu caso fico tranqüilo. Problema pessoal todo mundo tem, mais na vida vitalidade não, problema tem demais, nada de novo. Só isso'.*

Sobre suas impressões em relação a doença disse *'ah... eu pensei que era câncer, fiquei meio pensativo, triste, vi que abaixei um pouco a cabeça, já sei que não é.'*

Mostrou-se aliviado, quando falou o que mudou em sua vida após o diagnóstico *'mudou a firmeza, mais via gente nervosa, porque se você sabe que é aquilo que você pensou, começa mais ainda, agora tô tranqüilo'.*

Demonstrou seu desejo de forma clara quando respondeu o que pretendia fazer da vida *'trabalhar mais dois anos, pra ver se consegue aposentar, não quero que seja 75%. Quem sabe eu aposento. Eu interando 75 anos dá'.*

11.3. EVENTOS ESTRESSANTES

11.3.1. Grupo de Estudo

CASO GE 01

HOMEM: B.A.G., 54 anos, amasiado há 30 anos, natural de São Paulo capital, evangélico da Igreja Universal há 06 anos.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença nos contou que teve um aborrecimento grave com o DETRAN, quando este prendeu o seu carro, que quase o deprimiu, *'olha foi mal'.* Mostrou-se bastante preocupado, *'sou autônomo, preciso do carro, fiquei muito bravo e chateado, foi muito ruim mesmo'.* Colocou ênfase nos problemas sexuais *'tenho fixação mesmo'*, e nos relatou que discute muito com o cônjuge. Disse que houve aumento nas responsabilidades de trabalho e que as suas condições de vida piorou, assim como nas condições de trabalho, pois tem um problema no joelho, sente muita dor e anda mancando. Houve, também, mudanças nos hábitos alimentares por causa da doença que o incomoda bastante.

CASO GE 02

HOMEM: D.A.M., 84 anos analfabeto, (lê e escreve mal), casado, natural de Caçapava - SP, católico há vinte anos.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GE 03

HOMEM: M.I.G.L., 40 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Milhã - CE, Católico.

Sobre a existência de eventos estressantes nos últimos dois anos em sua vida, nos relatou um grande número deles a começar pela condenação à prisão do sobrinho por caça ilegal, a morte da mãe e o problema do filho com pneumonia. Falou, ainda, que estar longe de casa por causa da doença e nada podendo fazer o incomodava. Aspectos como mudança de nível de renda e mudança de responsabilidade no trabalho foram assinalados com ênfase: *'porque com o crescimento do filho tenho que buscar alimento para ele'*, assim como mudança nas condições de vida: *'parei de trabalhar e perdi dinheiro; estou caindo no poço'* e revisão dos hábitos pessoais *'estou com 10% de minha capacidade'*.

Relatou ainda com veemência a questão de problemas com parentes próximos, *'uma briga com meu irmão com agressão, fiquei muito triste, queria matá-lo, está brigado até hoje, desejo paz e harmonia'*.

Mostrou-se bastante incomodado por ter deixado de trabalhar e a esposa precisar começar a trabalhar; *'eu prometi pro meu sogro que ela não ia trabalhar, quero voltar a trabalhar, não quero ver a mulher na roça não'* e como empreendimento pessoal pendente do fato de *'não conseguir empréstimo para aumentar o plantio'*.

Em tom de queixa disse que houve mudanças de atividade social e de lazer *'numa porção de sentido, hoje tenho que ficar quieto, não posso reclamar, espero alta dos médicos, espero a cirurgia para voltar ao normal e não ficar longe de casa sozinho'*. E, ainda no mesmo tom nos falou sobre a mudança de hábitos alimentares, *'tá ruim, por causa da doença, tem coisa que não pode comer, mas não sou de reclamar, tem que dar sucesso ao médico'*.

CASO GE 04

HOMEM, JLR., 55 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Araras, Católico há 50 anos.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas, contou-nos que a revisão dos hábitos pessoais o incomoda muito *'fiquei mais bravo e nervoso'*.

CASO GE 05

MULHER: S.F.A.M., 42 anos, colegial, casada, natural de Tambaú, Testemunha de Jeová.

Contou que houve vários eventos estressantes nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença, a começar com o desemprego do marido, e conseqüentemente mudança de nível de renda que *'desestruturou toda a casa, a minha filha parou de estudar, mal tinha o que comer, não tinha dinheiro para o aluguel, fomos despejados e ficamos sem nada. Não tenho parentes no interior, ficamos longe de tudo e de todo mundo, ninguém ligava para gente, não podia contar com ninguém, perdemos tudo'*.

Relatou também a morte de uma amiga íntima por câncer de mama *'o câncer espalhou e ela sofreu muito, tenho outra amiga que sobreviveu, me dá medo de sofrer também, se eu vou conseguir ou não'*.

Acrescentou que houve aumento de discussões com o cônjuge *'tenho personalidade forte, exijo de mim e dos outros, meu marido não, ele é calmo'*.

Acrescentou, ainda, ter problemas com a irmã, que segundo ela sofre de síndrome do pânico, com a qual não pode conversar porque *'ela inverte toda a situação'*, tem que se desdobrar muito e considera *'a situação é desgastante, não tolero mais, não estou agüentando mais'*.

CASO GE 06

HOMEM: A.M., 59 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Guaxupé – MG, Católico.

Sobre eventos estressantes ocorridos nos últimos dois anos, que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, relatou como o mais significativo a morte da mãe com oitenta e três anos, *'já esperava isso, mas é pesado'*, queixou-se da aposentadoria e da mudança de nível de renda, pois *'baixou o salário'*, e dos problemas de saúde da esposa que tem *'problemas de coluna'*.

CASO GE 07

MULHER: T.M.B., 60 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada natural de Conchal – SP, Evangélica.

Sobre eventos estressantes nos últimos dois anos, que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, reafirmou as constantes brigas com o marido que bebia e a castigava bastante, situação só amenizada com a intervenção dos filhos. *'Meu marido bebia muito e castigou muito eu, fazia de tudo, só não batia por causa dos filhos, eles são homens e entravam na frente dele, senão tinha sido pior, teria apanhado muito. Com meu marido já perdi o amor, não tem mais nada'*. Assim como apontou problemas com parentes próximos fazendo referência a briga com a nora *'tive vontade de abandonar a casa'*.

CASO GE 08

MULHER: A.S.C., 58 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada, natural de Bragança Paulista – SP, crente.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GE 09

HOMEM: P.S., 36 anos, primária, casado, natural de Dourados – MS, Católico.

Aponta vários eventos estressantes nos últimos dois anos, que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida.

Enfatizou a mudança de nível de renda *'piorou muito'* como o mais significativo.

Acrescentou ainda que a morte de parente próximo, mudança nas condições de vida, problemas de saúde em membro da família e morte de amigo íntimo, atribuindo, porém baixos valores, foram desgastantes.

Mostrando grande resistência em entrar em contato com a dor, procurando sempre amenizar a exemplo do diagnóstico o impacto dos eventos na sua vida.

CASO GE 10

HOMEM: M.S., 69 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Sapirati – SP, Católico.

Sobre os eventos estressantes em sua vida nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, assinalou a morte de parente próximo, seu cunhado, e o problema de saúde em membro da família *'sofri muito com a transfusão de sangue da minha neta, ela pegou hepatite...'*.

CASO GE 11

MULHER: J.Z.L., 77 anos, Ginasial, viúva, natural de Ribeirão Bonito – SP, Católica.

Ao ser indagada sobre a ocorrência de eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, relatou a morte de parente próximo, sua irmã; e nos trouxe a sua percepção de uma relação entre o evento e sua doença dizendo *'me chocou muito, foi um ensinamento, eu não tinha força, mas Deus me ajudou e olha que engraçado, porque faz sete meses e agora apareceu isso em mim'*.

CASO GE 12

MULHER: J.P., 74 anos, analfabeta, viúva, natural de São Pedro, evangélica.

Ao ser indagada sobre a ocorrência de eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a morte do marido como um evento que provocou muita intensidade e dor *'sinto farta dele, deixou eu triste, sozinha. No começo eu tinha medo de sair pra fora, parecia que eu via ele, não gostava nem de abrir a porta, depois melhorou. Eu pensava que ele queria falar comigo, é uma coisa esquisita, eu abria a porta e parecia que enxergava ele e sabe que ele morreu.* Relatou, ainda, a preocupação com o neto *'ele não arruma emprego e precisa de roupa, sabe ele precisa de coisas e eu não posso dar, a mãe dele é pobre também'.*

CASO GE 13

MULHER: V.L.M.F., 33 anos, Analfabeta, amasiada, natural de Juazeiro – BA, crente – igreja Pentecostal.

Relatou que os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, com muita agitação e intensidade, começou pela morte de parente próximo, quando viu dois primos serem assassinados a facadas *'me assustou muito, fiquei muito abalada e abatida, senti medo, remorso, porque é parente, elas* (esposas) *têm filhos e eu não tenho como ajudar'.*

Preocupa-se com a saúde de sua mãe *'porque é mãe e preocupa a gente, ela tem o mesmo caroço, queria ajudar ela né, buscar ela para fazer tratamento e eu não tenho condições'.*

Com a dispensa do emprego do marido e queda do nível de renda os problemas se agravaram *'faz eu sofrer porque a gente paga aluguel e a gente não tem condições de pagar aluguel e fui despejada. Fica faltando alimento dentro de casa e isto preocupa muito'.*

Teve problemas de relacionamento com o marido *'a gente briga, eu sou muito ciumenta e a gente briga mesmo'*, e com duas cunhadas *'ah... faz sofrer mil vezes, fiquei com muita raiva, fez pouco de mim, quis destruir meu casamento, meu esposo é cabeça muito quente, e minhas filhas ficam xingando'*.

CASO GE 14

HOMEM: E.L.J., 28 anos, ginásio, divorciado, natural de São José do Rio Pardo – SP, Católico.

Relatou os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida, como a condenação à prisão *'fiquei muito abalado pagando por crime que eu não fiz e perdendo minha família, perdi tudo'*.

CASO GE 15

HOMEM: M.O.M., 76 anos, primário, casado, natural de Ilicinéa – MG, Católico.

Relatou como eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida disse não haver fatos significativos.

CASO GE 16

HOMEM: A.G.C., 57 anos, analfabeto (lê e escreve mal), viúvo, natural de Águas de Lindóia – SP, Católico.

Relatou os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida como sendo os problemas sexuais *'a parte sexual tá muito ruim, com as injeções melhorou uns dois meses, depois caiu de novo. A mulher fala que não liga, para eu cuidar da saúde, que ela quer carinho.*

CASO GE 17

HOMEM: W.S., 74 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Itapira – SP, Católico.

Relatou os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida como tendo problema de saúde em membros da família (o falecimento dos dois irmãos com câncer). E, também, revisão de hábitos pessoais.

CASO GE 18

MULHER: A.M.B., 47 anos, ginasial, solteira, natural de Ibitiura – MG, Evangélica.

Relatou os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida como sendo a perda do emprego *'pensei que eu ia ficar* (emprego) *não tava em condições de ir embora e fazer o tratamento. Eu queira trabalhar, tinha meu dinheiro'*. Outro evento referiu-se a aborrecimento grave: a doença da mãe (mal de Parkinson) '*minha mãe tem mal de parkison, o remédio é caríssimo, ela deixa a gente nervosa. Sofri muito porque ela quer sair sozinha'*. Relatou também problema de saúde em membro da família: tumor no seio da tia e prima, e a mudança no nível de renda. *'Quero ter uma vida mais tranqüila, não depender do dinheiro dos outros irmãos, eu não peço dinheiro aí sofro, porque às vezes quero sair e não tenho dinheiro pro ônibus'*, e mudanças nas condições de vida *'quero mesmo padrão de vida'*.

CASO GE 19

HOMEM: J.E., 45 anos, primário, amasiado a 08 anos, natural de Guiricema – MG, Católico.

Relatou que os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida foram a morte de parente próximo (cunhado) *'gostava muito dele, teve enfarto e derrame cerebral'*. Apontou também problema de saúde em membro da família *'meu pai tem pressão alta e minha mãe angina'*. Outro fator referiu-se a amasia *'que quer voltar a trabalhar'* e a mudança de residência *'por causa do tratamento mudei da Holambra – SP, pra Limeira - SP. Gostava mais de onde morava, Holambra é muito bonito. Agora tô perto dos meus pais e dos pais dela'*.

CASO GE 20

HOMEM: J.A.P., 75 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Monte Belo - MG, Católico.

Relatou que os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida foram a não aceitação na dependência do outro e a falta de escolaridade *'Se eu precisá de dinheiro e eu sei que meu filho tem, não peço, eu tenho sustentado para isto. Se eu tivesse estudo que meu filho tem, eu teria uma fazenda, tenho capacidade para administrar, o país crescia pra trabalhá, que nem burro para carroça. Estudo que é bom nada'*.

CASO GE 21

MULHER: M.R.V., 53 anos, primário, casada, natural de Campo Verde - MG, Católica.

O único evento estressante nos últimos dois anos que antecedeu a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida disse não haver fatos significativos.

CASO GE 22

HOMEM: N.V., 57 anos, ginasial, casado, natural de Pouso Alegre – MG, Católico.

Relatou que os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida foram morte de um parente *'ele só dava dor de cabeça para nós, ele bebia';* o valor da sua aposentadoria *'três salários baixo para um que ganhava bem';* o aumento das discussões com a mulher *'discute toda hora. Feliz, feliz ninguém é. Eu casei, é gente comum, não bate o gênio, mas sair dessa eu não saio, tem que cumprir o dever. Acho que a mulher não é cachorro e nós também não. Quando eu fui no altar com ela, eu prometi. Ela tem o coração de ouro, mas um gênio que é peste'.*

CASO GE 23

MULHER: L.P.S., 29 anos, primária, casada, natural de Grarantã – SP, Católica.

Relatou os eventos estressantes nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida como sendo a morte do pai *'ah... porque ele era um pai e tanto, pai, amigo e companheiro'* e também a perda de uma colega *'ah... me fez sofrer muito'.*

CASO GE 24

MULHER: A.R.N., 79 anos, analfabeta (lê e escreve mal), viúva, natural de Itapira – SP, Católica.

Relatou não se lembrar de nada que possa ser considerado como evento estressante nos últimos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua.

CASO GE 25

HOMEM: L.Q.S, 60 anos, primário, solteiro, natural de Guariba (Faz. São José) - SP, Evangélico ha oito anos.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou não haver eventos significativos.

CASO GE 26

HOMEM: B.D.S., 52 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Tambaú – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou não haver eventos significativos a serem considerados como estressantes, exceto o medo da morte que deixa transparecer quando fala da sua possível doença – câncer.

CASO GE 27

HOMEM: N.S.B., 55 anos, analfabeto (lê e escreve mal), viúvo, natural de Santo Antonio da Platina – PR, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou não haver fatos significativos a serem considerados como estressantes, exceto o dilema de viver, que deixa transparecer quando fala da sua doença, o câncer.

CASO GE 28

HOMEM: A.S., 73 anos, analfabeto (lê escreve mal), casado, natural de Araras – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou o quanto lhe pesa estar com câncer e a perda de dois amigos *'um amigo de tanto fumá adoeceu, quando morava em Aguaí – SP e outro em Leme – SP, me perturbou muito. Morreu de câncer, o A.* (nome do amigo), *nossa, ele era um grande amigo meu, mais, ele falou pra vir aqui na Unicamp. Ele disse que não adiantava, que ia morrer, se viesse seria em compaixão'* e a saída de sua filha da sua casa *'marido da filha bebia e gastava o dinheiro e não colocava as coisa em casa'.*

CASO GE 29

MULHER: V.C.B., 25 anos, colegial, casada, natural de Itambé – PR, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a perda dos avós, mudança de emprego do marido, problemas com sua cunhada e a expectativa de mudança *'se mudar pra São José, vou sentir saudades, a vontade é de estar junto com ele'.*

CASO GE 30

MULHER: D.C.B., 50 anos, ginasial, casada, natural de Vila Rica – BA, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a condenação da irmã e a morte do irmão *'usava drogas, tomava remédio pra vê se parava, ai foi indo, indo, começou a beber, atacou os tímpanos, não teve jeito e morreu'*, sua própria doença e relacionamento sexual com o marido *'porque o marido entende, não é mais a mesma coisa, é mais difícil'* e a readaptação de seu filho defronte a doença da mãe *'eu vim pra Unicamp e ele ficou aí, vem pra espera e volta, ele ficou lá morando com o tio, irmão meu. Eu fico preocupada e com saudade, agora ele veio e tá morando comigo'.*

CASO GE 31

MULHER: M.A.F., 39 anos, ginasial, casada, natural de Campo Grande - MS, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida falou do desafeto ao patrão *'o que me deixa com raiva mesmo é meu patrão, não acerta comigo duas férias vencidas, nem me dá, nem paga em dinheiro, dá uma de coitado, de fazer besteira, é por isso que meu filho odeia ele, dá vontade de dá um tiro na cabeça dele, pelo menos morre, mas tenho meus filhos, ficá presa, não é bom';* problemas de relacionamento com a família *'meu irmão tem uma irmã que mora em Capivari – SP, que diz se tira o olho é porque eu to pagando o que eu fiz de maldade pros outros. Eu não fiz nada!!!'* e perda de parente *'acidente de carro. Era o meu primeiro sobrinho, era agarrada à ele'.*

CASO GE 32

HOMEM: G.B., 68 anos, primário, casado, natural de Amparo – SP, não tem religião.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a perda do irmão e do cunhado *'ah... tava sempre comigo, morreu do coração e o meu cunhado que tava... cunhado, tenho saudades dele, era amigo, gostava muito dele, porque saia sempre com ele, todo lugar tava com ele'.*

CASO GE 33

MULHER: V.S., 36 anos, colegial, solteira, natural de Sergipe – PE, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a mudança de emprego e mostrou o seu desafeto com a mãe. *'serviço eu entendo etc., ela não entende. Quando ela precisa, ela não precisa pedir. Quando ela faz um trabalho pra fora, ela fica jogando na cara'.*

CASO GE 34

MULHER: S.L.G., 75 anos, analfabeta (lê e escreve mal), viúva, natural de Jacutinga – SP, Crente (Assembléia de Deus).

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida disse-nos não haver fatos significativos a serem considerados como estressantes, exceto o dilema de viver ou morrer, que deixa transparecer ao falar da sua doença, o câncer.

CASO GE 35

HOMEM: P.D., 66 anos, primária, amigado, natural de Monte Sião – MG, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou fatos ocorrido com o filho *'meu filho mais velho foi condenado a sete anos de prisão. A história certa dele eu nem sei, ele foi fotografando meninas menores, o pai é sempre o último a saber, ninguém sabe né contar o aconteceu, conta pra mim'*.

Acrescentou que ocorrências com a esposa foram desgastantes *'Minha esposa ficou paralítica, na cadeira de roda, perdeu a força da perna, o médico fala que artrose, o molejo da coxa secou. Minha mulher não tá fazendo mais sexo, e a gente sente falta, muito né'*.

E incluiu as dificuldades financeiras neste processo estressante *'dificuldade de aluguel, e outras partes da vida, comê, bebê, passeá'*.

CASO GE 36

MULHER: V.R.F.T., 77 anos, analfabeta (lê e escreve mal), viúva, natural de Monte Mor – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou não haver eventos significativos a serem considerados como estressantes, exceto o dilema de poder morrer como seus irmãos, de câncer.

CASO GE 37

HOMEM: L.G., 70 anos, primário, divorciado, natural de Espírito Santo do Pinhal, (SP), Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou não haver eventos significativos.

CASO GE 38

HOMEM: J.B.S., 52 anos, colegial, solteiro, natural de São João do Rio Pardo, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou o sofrimento de sua mãe *'A mãe quis morar junto comigo. Ficou um ano e faleceu. Ela tinha muitos problemas, osteoporose, quebrou a bacia, mal de Parkinson, sofreu muito, até rezei pra ela morrer. Pedi ao médico pra ela não sofrer. Me conformei porque ela sofria muito. Tinha muita dor'.*

CASO 39

HOMEM: J. G., 67 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Bariri – SP, católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a perda de um amigo *'não havia nada, só a morte de um amigo que segundo ele não provocou dor ou sofrimento'.*

CASO GE 40

HOMEM: J.A.S., 55 anos, primário, casado, natural de Araruava – PR, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou o divorcio *'se ela quiser a reconciliação, mas ela não quer, ela não quis assinar com tudo que eu tô dando pra ela. Não quis assinar, vou ter que toca judicial, ela tem onde morá, eu não. Vou pega a metade e não dá pra compra outra, fui eu que construí. Você volta a dormir comigo?* e a morte do sobrinho *'porque era chegado meu, de sangue'*

CASO GE 41

HOMEM: J.R.B., 49 anos, primário, solteiro, natural de Pedreira – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida falou do pai *'sofreu doze dias que deu derrame, depois deu pneumonia, não esquentei muito, porque via ele sofrer no hospital, então pedi pra Deus leva, porque ver a pessoa sofrer é ruim, não é fácil não. É como eu penso'.*

CASO GE 42

HOMEM: S.D.C., 68 anos, primário, casado, natural de São Sebastião da Gorimã – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a perda de parente próximo *'era muito chegado com ele, à gente sentiu bastante a morte dele, depois tem que distrair e esquecer a coisa'*,

Acrescentou problema de saúde com o neto *'a questão do neto, fico sempre preocupado, mais a mãe e o pai cuida bem dele, trata dele'*, e mudança de emprego *'preocupa porque perde bastante e a mulher briga por causa disso'*, *o aumento de discussão com a esposa 'fazia sofrer, bem... porque a mulher tá sempre falando, precisa de roupa, calçado. Preciso, ela não acostumava, ela sempre foi muito bem de vida e os irmãos sobe de vida e só ela não'* e a perda do emprego *'sente quando saiu da firma com quarenta e quatro anos. Aí eu subi e fiquei triste. O diretor mandou dispensa com um papelzinho e não disse o motivo. Fiquei bravo com ele, triste com ele, não é papel de se fazer, foi muito autoritário, no caso não falou nada, depois ouviu uma história que era contensão de despesas, depois eu processei a firma, substituiu a gerencia, hora extra, tinha dinheiro que quero e ganhei a causa. Inclusive eu recebi uma proposta pra trabalhar em Goiás, mais os filhos não quiseram, por causa da idade, por mim eu ia porque o salário era bom, era mais de mil reais, e a gente de idade não pode. As irmãs são bem de vida, tem casa, inclusive casa com carro na garagem. Eu do razão pra ela. Na nossa vida piorou muito'*.

CASO GE 43

HOMEM: V.B., 63 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Agulha (Araraquara) – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou o problema de saúde com o filho e a esposa *'acidente de carro com o filho e a mulher machucô. Assustei muito, levei um choque, Deus me livre, você dexa, dexa um parente saí pra passea e vê a ambulância em casa... vi minha mulher na maca, foi acontecer isto justamente comigo!'* e a morte do sobrinho *'transplante de rim, gostava muito dele'*.

CASO GE 44

HOMEM: E.C.P., 54 anos, primária, amasiada, natural de Assis – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida relatou a situação de sua mae *'minha mãe tem osteoporose, não tem remédio, é como o câncer, que vai corroendo os ossos, eu fico deprimido, em estado de alerta'.*

CASO GE 45

HOMEM: L.A.O., 44 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Poços de Caldas – MG, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença em sua vida falou da cunhada *'passou a corda no pescoço, tava com depressão, chateo por causa do meu sogro, ele também tem depressão'* e a doença do irmão 'meu irmão, ele ta com tuberculose, a gente preocupa né'.

11.3.2. Grupo Comparativo

CASO GC 01

MULHER: S.P.V.M., 27 anos, ginasial, casada, natural de Flórida Paulista, evangélica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou problemas de saúde com mãe *'tumor da mãe'* e o pai *'porque ele tem diabete, principalmente porque foi a 520 e teve que amputar um dedo...'.*

CASO GC 02

MULHER: L.V.S.P., 27 anos, ginasial, casada, natural de Cianorte – PR, Católica

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou o assassinato da tia no quarteirão de casa e mudança de condições de vida com a dispensa do emprego *'porque a gente fica pensando, ter três filhos, com dívidas, como fazer pra se manter. A empresa foi à falência, não recebi nada. Parcelou em vinte vezes, sete anos de serviço, e ele era encarregado. Quando arrumou não era encarregado'*.

CASO GC 03

MULHER: H.F.A.T., 45 anos, primário, natural de Guaxupé – MG, Católica

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a perda de dois netinhos *'que eu perdi, eu fiquei bastante chocada mesmo'*, problemas sexuais *'porque a gente sei lá, prejudica bastante, às vezes não aceita, e o marido fala que tem outro, a gente explica e ele não acredita'*, o aumento das discussões com o cônjuge *'porque ele fala palavrão que machuca. Tô tão acostumas com isso que não machuca mais'*, e mudança de escola *'eu tava indo bem, depois veio a morte do menino e fiquei chocada e parecia que nada tava bom'*.

CASO GC 04

MULHER: M.L.C.G., 52 anos, colégio, casada, natural de Indaiatuba – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a saída da filha do lar *'minha filha foi estudar* (começou a chorar), *sinto falta dela bastante'*.

CASO GC 05

HOMEM: R.S., 67 anos, superior incompleto, casado, natural de São João da Boa Vista, Evangélico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença contou sobre *'a separação do filho'* e a morte de amigo íntimo *'morreu de colapso cardíaco e eu agarro nele, sem poder não fazer nada'.*

CASO GC 06

MULHER: B.A.D.O., 60 anos, primário, viúva, natural de Ururaí – SP, Testemunha de Jeová.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou problemas com a filha *'depressão da filha, ah.... isto basta porque a mãe quer ver o bem da filha'.*

CASO GC 07

MULHER: S.M.A.F., 57 anos, superior, natural de Botucatu – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a morte da cunhada, *'teve a morte da cunhada de cirurgia de vesícula, uma pessoa fraterna que morreu numa UTI. Eu sou muito família',*

Acrescentou o problema financeiro do irmão *'bem grave, foi o problema financeiro de um irmão muito querido e o problema é que ele é muito fechado. Ele é dentista, o consultório foi caindo, entrou nos bancos da vida, não conseguiu levantar mais... acho que isso mexeu muito com todos nós, principalmente com a minha mãe que é viúva e tem oitenta e sete anos e participa de tudo',* a mudança de nível de renda *'problemas da irmã abrangeu eu totalmente e isso tudo meu marido que ajudou, foi pai e irmão e poderia ter passado alheio, foi uma loucura verdadeira',* a morte de um amigo *'amigo morreu de infarto violento, foi muito sofrido',* e mudança de atividades de lazer *'financeiro aperta e a gente se aperta'.*

CASO GC 08

HOMEM: G.V.S., 42 anos, ginásio, casado, natural de Bento de Abreu – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver nada.

CASO GC 09

MULHER: J.A.S.L., 42 anos, primário, casada, natural de Castilho – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a dispensa do emprego *'porque falta de serviço e o salário que não tem, desemprego fica sem né'*.

CASO GC 10

MULHER: D.S.G., 47 anos, primário, casado, natural de São Paulo – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou sobre o seu relacionamento com o marido *'com meu marido, quero e não consigo conversar, ele não espera, ele não deixa você conversar, ele não quer saber'*, problemas sexuais com o marido *'ele não é ativo né, faz vinte e dois anos, ele não conversa, não quer saber o que eu tô sentindo'*.

CASO GC 11

HOMEM: R.G., 52 anos, ginásio, casado, natural de Amparo – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a dificuldade de relacionamento com filho *'meu filho não combina com ninguém, deixa a gente meio magoado. Ele não vive bem com a mãe e com os irmãos, Comigo não tem problema, tem até dois cômodos no fundo de casa e ele foi morá sozinho lá'*.

CASO GC 12

MULHER: A.L.B.D., 47 anos, primário, casada, natural de Poços de Caldas – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da saúde do pai *'por que faz tudo cama, tem que cuidar, mais trabalhar ele não pode, tenho que ficar com ele'*, perda do emprego *'fiquei sem emprego, sofri demais, fiquei doente de cara, não ter emprego, nossa senhora'*.

Comentou também a morte de parente *'meu tio morreu de câncer, porque eu gostava dele, queria muito bem ele, quando a gente gosta, quer ver bem, sofri muito'*, problema de saúde em membro da família *'meu pai está muito doente, porque faz me cansar, ter que trabalha cedo, quanto mais trabalha, mais não posso ficar com ele'* .

Terminou relatando que a mudança de nível de renda a faz sofrer *'você planta, você colhe e se na hora de vender não tem preço e ter as contas pra pagar, é muito ruim'*.

CASO GC 13

MULHER: M.I.H., 30 anos, ginásio, solteira, natural de Indaiatuba – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da morte do filho *'perdi meu filho, é o cordão umbilical enroscou no pescoço'* e mudança no nível de renda 'não dá pra ajudar a minha mãe nas despesas, porque nois paga aluguel, pesa mais o aluguel'.

CASO GC 14

HOMEM: W.N.N., 52 anos, primário, casado, natural de Aguaí – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença apenas comentou 'e*ssa doença que apareceu atrapalhou tudo a gente, agora saio muito pouco de casa'* e sobre o nível de renda *'não ter dinheiro né, não dá pra fazer nada'*.

CASO GC 15

MULHER: M.A.S., 46 anos, primário, divorciada, natural de Casa Branca – SP, Evangélica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou os seus problemas sexuais *'acho que faz... me sinto sozinha, durante o dia tudo bem, quando chego em casa, à noite, aí só tem a televisão pra olha e penso, sinto falta'*, tratamento psicoterápico *'é serviço né, tive depressão, síndrome do pânico, tô em tratamento aqui, só melhorou porque eu trato lá fora no CIPED'* e problema de saúde em membro da família *'meu pai tá com um irmão e eu fico preocupada se ele não vem tratar'*.

CASO GC 16

MULHER: T.J.R., 65 anos, analfabeta (lê e escreva mal), viúva, natural de Campestre – MG, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da doença do neto *'meu neto tá com depressão, a gente por tudo, por neto, por filho, e não pode ajudá, não tem nem comparação, tem dia que tô uma tristeza tão grande'*, e a condenação de sobrinho *'sobrinho de acidente'*.

CASO GC 17

MULHER: O.M.G.A., 52 anos, superior, casada, natural de Pedreira – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou de sua aposentadoria *'faz falta conversar com as pessoas, parece que morreu tudo, não lembro mais de como se faz isto, sofri muito'* e a mudança do nível de renda *'eu estranhei muito desde o valor da aposentadoria. O salário era gasto quando trabalhava, a gente se sente útil, mais útil', infelizmente deixei de comprar muitas coisas'*.

CASO GC 18

MULHER: E.P.C., 61 anos, primário, viúva, natural de Garça – SP, Adventista do sétimo dia.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a perda do companheiro *'é... minha vida caiu muito, sem perspectiva, tudo parado, porque eu cuidava do meu marido. Ele não trabalhou com a cabeça, restou pouco, com um salário e ele tinha sete salários, e quem dançou fui eu, ele foi embora e eu fiquei, nem que eu trabalhasse com vendas'.*

CASO GC 19

MULHER: C.S.D., 61 anos, analfabeta (lê e escreve mal), natural de Uareí – SP, Evangélica – Congregação Cristã.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou sobre o problema do marido *'meu marido tem diabete'*. Começou a chorar e continuou *'ele toca eu embora de casa. Ele não gosta mais de mim. Mas a justiça não pode fazer nada, porque vou coloca ele doente na rua'.*

CASO GC 20

MULHER: N.M.F., 55 anos, primário, casada, natural de Barão Geraldo – Campinas – SP, Evangélica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da separação do marido *'casei com trinta anos, por causa de chantagem. E a partir daí eu achei que não podia mais viver com ele, mais a gente sempre gostou muito um do outro, às vezes é dó, às vezes não sinto que amo. Porque meu marido toma uma cerveja a mais e dependendo do dia ele perde a noção e lembra no dia seguinte. E isso me aborrece muito, inclusive já menti, que esse problema na boca é pra ele para de fumar. Tive uma briga e ele ameaçou-me bater e isso nunca*

tinha acontecido antes. Aí ele ficou chateado e colocou a corda no pescoço tentando se enforcar e eu consegui tira a corda e tive que chamar minha sogra'.

Continuou seu relato falando sobre a morte de parente próximo *'eu sofri muito, morreu de acidente, eu senti porque a gente era muito amigos e a gente conversava'*,

Terminou seu relato dizendo da dificuldade com a mudança de hábito de dormir *'tenho medo de dormir sozinha, porque eu tenho medo e o medo que tive, eu não conseguia nem falar, eu sofri, não podia nem sair sozinha'.*

CASO GC 21

HOMEM: V.F., 41 anos, ginásio, casado, natural de Rinópolis – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a perda da mãe *'eu senti um pouco'.*

CASO GC 22

HOMEM J.P.V., 49 anos, primário, casado, natural de Major Prado – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a perda do emprego *'fiquei nove meses desempregado e fiquei arrasado demais'*, a mudança de nível de renda *'totalmente, a aposentadoria é sonho de todo mundo, no final é um pesadelo na vida, não tem ânimo, não tem nada'* e perda de um parente próximo, um irmão há doze anos atrás.

CASO GC 23

MULHER: E.R.R.C., 26 anos, ginásio, casada, natural de Casa Branca – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou *'tô meio assim, preocupada com a cunhada, tá com câncer pior que o meu, o dela o câncer já pegou tudo'.*

CASO GC 24

MULHER: J.R.B., 54 anos, analfabeta (lê e escreve mal), casada, natural de Onda Verde – SP, Evangélica – Universal.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou problema de saúde do marido *'o velho tá doente, tem problema de hérnia, fica com a perna dele e trabalha tanto, coitado'*, falta de dinheiro *'eu vendo presilha, mas nem sempre dá dinheiro'*.

Terminou relatando sobre as mudanças nas condições de vida *'morava no interior, na fazenda trabalhava o ano inteiro e não podia comprar, agora tenho medo, trabalho e não dá'*.

CASO GC 25

MULHER: M.E.F.P., 58 anos, colégio, casada, natural de Caldas – MG, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença reclamou de seu dente *'o dente que não fica pronto e o implante que não deu certo, houve rejeição e o cartório do meu marido, vai entra e concurso e ter o risco de perder o cartório de protesto e tabelionato'*.

Terminou relatando sobre o aumento de discussão com o cônjuge *'meu problema acabou com minha vida, fiquei muito insegura, perdi minha identidade, perdi tudo. Briga por causa de filha, de nora, entre a gente não tá tudo bem, se fosse só eu e ele, é que nos assumimos toda a responsabilidade'*.

CASO GC 26

HOMEM: R.R.S., 40 anos, ginásio, casado, natural de São Paulo – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da dificuldade financeira *'e o fato de depender do outro não pode passear, as casa noturna que você precisa, é muito dependência'*.

Terminou seu relato colocando as dificuldades em relação à mudança nas condições de vida *'Não consigo dá casa pro meu filho e sogra'*.

CASO GC 27

MULHER: L.R.S.G., 68 anos, primário, casada, natural de Morungaba – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou do problema do cônjuge *'meu marido é muito bom, coitado, ele é amoroso, ele liga, quer vir embora, tá no hospital, isso machuca, tenho medo de ficar sozinha, perder a companhia é perder tudo'*.

CASO GC 28

HOMEM: A.F.F.O., 45 anos, ginásio, casado, natural de Campinas – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou perda do emprego e mudança do nível de renda *'perdi um emprego que nunca imaginei, porque eu ajudei a levantar, ajudei a montar um estacionamento e sem mais ou menos, me dispensaram, isso me afetou bastante, sofri muito, me abateu bastante por causa disso. Procurei não deixar a peteca cair, mas com o padrão de vida, me estressei bastante, quando e quanto o que a família precisa, deixa a gente triste, contrariado e frustrado'*, e a perda de uma amigo *'foi um amigo muito querido, não sei o que foi, mas afeta, porque era muito amigo da gente'*.

CASO GC 29

HOMEM: J.I.G.S., 43 anos, primário, natural de Santana do Ipanema – AL, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença citou o problema de saúde da esposa *'minha esposa tá com um problema. Tá investigando, fez duas biópsia no nervo, que nem lepra, que vai atrofiando o nervo, só isso, do resto tá tudo bem'*.

CASO GC 30

MULHER, I.R.L., 56 anos, analfabeta (lê e escreve mal), divorciada, natural de Colina – SP. Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da morte do irmão *'eu sofri muito, emagreci porque vinha trazer ele aqui, porque eu e meus irmãos era que cuidava dele'*, e mudança de nível de renda *'eu ajudava minha filha em casa, porque ela é separada'*.

CASO GC 31

HOMEM: A.C., 71 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Itapira – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença, relatou não haver nenhum fato significativo.

CASO GC 32

HOMEM: C.A.D., 32 anos, casado, ginásio, natural de Rio Claro – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a doença da sogra *'minha sogra tem depressão. Eu e minha mulher tem que correr com ela, por isso eu moro do lado, tive que mudá perto, eu quero morar longe da minha família e dela é diferente. Ela toma remédio, etc'*.

Acrescentou a perda do emprego e mudança de nível de renda *'porque uma época eu era soldador, e soldador paga bem e ele faliu. Não consegui arrumar outro emprego de soldador'*, e a esposa parando de trabalhar *'ela trabalhava de manicure, doméstica e faxineira, mas a barriga tava muito grande e eu fiquei com medo de prejudicar o bebê'*.

Terminou relatando sobre o trabalho extra *'trabalho à noite, eu trabalho em dois trabalhos faço bico e esse é que cansa'*.

CASO GC 33

HOMEM: V.S.B, 41 anos, solteiro, primário, natural de Capivari – SP, Católico

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou chorando da perda parente próximo *'faz sete meses que ele morreu, gostava muito dele, ele era o caçula, tô triste'* e chorando muito tenta completar, *'todo mundo tem que ir um dia, né, fazer o que'*, chorando falou da perda do emprego e da mudança do nível de renda *'não acho emprego, sinto vergonha, não dá pra fazer o que precisa né'*.

CASO GC 34

MULHER: C.P.P., 57 anos, casada, primário, natural de São Paulo – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou o relacionamento com a vizinhança e o marido *'evitava as mentiras, fui taxada de vagabunda, exploradora de marido, de ladra, fiquei transtornada. Ele bebia de me bater de tira sangue demais, minha boca ficou nesse estado, com isso torto.* (mostrou o maxilar). *Tem um problema que calo fundo em mim. Eu vendi uma casa, herança de minha mãe, e pegou a metade e acabou com o dinheiro. Não sou apegada a dinheiro, mais pra mim foi traição, não sei até hoje o que ele fez'*.

CASO GC 35

MULHER: L.A.V.N., 45 anos, colégio, casada, natural de Juréia – MG, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença, disse não haver fatos significativos.

CASO GC 36

HOMEM: A.A.M., 27 anos, primário, casado, natural de Santa Rita de Caldas – MG, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou do pai *'pai bebe, aborrece a gente. Ver o pai bêbado caído pelas calçadas, a gente não quer isso pra ele'.*

CASO GC 37

MULHER: R.A.G.S., 34 anos, ginásio, casada, natural de Limeira – SP, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a morte do pai e da cunhada *'meu pai foi de tanto beber e minha cunhada foi de câncer. Ela durou sete meses e eu fiquei sete meses do lado dela'.*

CASO GC 38

HOMEM: M.K.B.A., 54 anos, superior, casado, Campinas – SP, Evangélico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença relatou a sua situação financeira e a dificuldade de arrumar emprego *'é literalmente a chave entre a vida e a morte. Eu não consigo emprego, me sinto frustrado. Tenho três formação e mesmo assim, não consigo emprego'*, o problema de saúde de seu pai *'meu pai tem demência frontal'* e a mudança no nível de renda *'vazio e cansaço emocional mais o cansaço físico, dos parentes ninguém faz nada, mais todo mundo cobra porque você não fez isso ou aquilo'.*

CASO GC 39

HOMEM: J.R.R., 49 anos, primário, casado, natural de Campinas, Católico.

. Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GC 40

HOMEM: A.M.C., 68 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Santa Rita de Caldas – MG, Católica.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou das perdas de parentes *'morte da sogra e do cunhado, porque ele era muito bom, gostava dele, do jeito dele'.* (olhos lacrimejam)

CASO GC 41

HOMEM: L.A.B., 44 anos, ginásio, casado, natural de Amparo – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GC 42

HOMEM: A.G.F.L., 44 anos, primário, divorciado, natural de Campinas – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GC 43

HOMEM: J.S., 56 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Campinas – SP, Católico.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

CASO GC 44

MULHER: D.M.L.V., 42 anos, superior, solteira, natural de Campinas – SP, Espírita.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença falou da perda do pai *'meu pai, ele representava muito, um ponto de referencia, um apoio'*, e problemas de saúde da mãe *'minha mãe agora, para ela sair dessa depressão é querer viver, porque ela não quer viver'*.

CASO GC 45

HOMEM: J.C.F., 62 anos, analfabeto (lê e escreve mal), casado, natural de Boa Vista – PR, Adventista.

Em relação à existência de eventos estressantes, nos dois anos que antecederam a manifestação dos primeiros sintomas da doença disse não haver fatos significativos.

12. ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu _____, RG ou CIC _____ SSP/_____, n° registro HC _____, endereço:_____, cidade_____,estou ciente e declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada **'ESTUDO PSICOSSOCIAL DAS HISTÓRIAS DE VIDA DE PACIENTES ACOMETIDOS DE CÂNCER NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO'** de autoria da mestranda Dra. ROSEMARY CRISTINA SEGUIN, CIC 037.068.338-24,RG 9.197.977 e CRP 06/39797-2 e sob orientação da Profa. Dra. MARA APARECIDA ALVES CABRAL (UNICAMP), professora Livre-Docente em Psiquiatria pela Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, RG 5034271.

Declaro que fui totalmente esclarecido sobre os objetivos dessa pesquisa que foi elaborada a fim de estudar as características de personalidade de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, comparativamente com os pacientes de um grupo comparativo sem lesões tumorais; verificar a possibilidade de existência de eventos estressantes de vida antes do aparecimento da doença e estudar a qualidade de vida dos pacientes participantes dos dois grupos, após a incidência das doenças.

Tenho consciência de que minha participação consistirá em responder três questionários de forma anônima e individual, com a garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa e o procedimento,assim como informações atualizadas obtidas durante o estudo.

Estou ciente também que eu posso parar a entrevista a qualquer momento e abandonar a participação no estudo quando quiser, e que o fato de participar ou não desta pesquisa não prejudicará meu atendimento, cuidado e tratamento pela equipe médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Será mantido sigilo (segredo) sobre a minha pessoa e as respostas serão computadas e analisadas estatisticamente sem a minha identificação, com posterior redação do trabalho e defesa no Mestrado em Ciências Médicas na área de concentração de Saúde Mental da UNICAMP.

Entrevistado Nome:	Entrevistador Nome:
_____	_____
Ass.:	Ass.:
_____	_____

[1]*

Data ___/___/_

_____

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Telefone para reclamações do paciente: (019) 788-8936

Questionário de Características Sócio-demográficas

1. Nome_____HC_____
2. Residência – Rua_____nº_____

_____ _____ _____ _____
Bairro Cidade Estado País

3. Zona: 1. Urbana ( ) 2. Rural ( ) 3. Não sabe ( )
4. Data de Nascimento: ___/___/___ 5. Idade ___ anos 6. Sexo: 1. Masc ( ) 2.Fem. ( )
7. Local de Nascimento: 1. Município de São Paulo ( ) 3. Outro Estado_____( )
2. Est. São Paulo_____( ) 4. Outro País _____( )

8. Local onde nasceu era zona: 1. Urbana ( ) 2. Rural ( ) 3. Não sabe ( )
9. Tempo residência no local de nascimento: 1. Zona urbana ___anos 2. Zona rural___anos
10. Trabalhou no local onde nasceu? 1. Não ( ) 2. Sim ( )

Tipo de ocupação (especificar)	Tempo

11. Mudou-se para: 0. Não se aplica. . . . . .( )
1. Município de São Paulo. . . . . ( )
2. Est. São Paulo_____. ( )
Cidade
3. Outro Estado_____ ( )
Qual?
4. Outro País _____. .( )
Qual?

12. Tempo que residiu neste local:
0. Não se aplica ( ) 1. Zona urbana ___anos 2. Zona rural___anos
13. Trabalhou neste local?
0. Não se aplica ( ) 1.Não ( ) 2. Sim ( ), se sim:

Tipo de ocupação (especificar)	Tempo

14. Mudou-se para: 0. Não se aplica. . . . . .( )
1. Município de São Paulo. . . . . ( )
2. Est. São Paulo_____. ( )
Cidade
3. Outro Estado_____ ( )
Qual?
4. Outro País _____. .( )
Qual?

15. Tempo que residiu neste local:
0. Não se aplica ( ) 1. Zona urbana ___anos 2. Zona rural___anos
16. Trabalhou neste local?
0. Não se aplica ( ) 1.Não ( ) 2. Sim ( ), se sim:

Tipo de ocupação (especificar)	Tempo

17. Naturalidade do Pai: Cidade _____ Estado/país _____
18. Naturalidade da Mãe: Cidade _____ Estado/país _____
19. Estado Civil: 1. Solteiro ( ) 2. Casado ( ) 3. Viuvo ( ) 4. Desquitado/Divorciado ( )
20. Religião (de fato) _____ Há quanto tempo? _____
21. Hábitos religiosos específicos _____

22. Escolaridade: 1. Analfabeto(lê e escreve mal) ( ) 4. Colegial ou Técnica ou Normal. ( )
2. Primária. . . . . .( ) 5. Superior . . . . . .( )
3. Ginasial. . . . . .( )
23. Quantos irmãos o Sr. tem? _____: _____ _____: _____ _____ _____
Total Vivos Mortos Causa Causa Causa
24. Alguns de seus irmãos é seu irmão gêmeo? _____ _____
Vivo Morto
25. Se vivo, como está a saúde dele? _____
Se morto, qual a causa de morte? _____
26. Quantos filhos o Sr. tem? _____ _____ _____ _____ _____
Total Vivos Mortos Causa Causa
27. O senhor(a) fuma ou fumava?
1. Nunca (Não preencher tabela) ( ) 2. Não agora, mas sim no passado ( ) 3. Sim ( )
28. Se (2) ou (3): o quê?

TIPO	IDADE EM QUE:		Nº DE	QUANTDADE	
	INICIOU	PAROU	ANOS	POR DIA	P/ SEMANA
Cigarro de palha					
de filtro					
Cigarro sem filtro					
Charuto					
Cachimbo					

Observação: _____

29. O senhor(a) tem o hábito de mascar?
1. Nunca (Não preencher tabela) ( ) 2. Não agora, mas sim no passado ( ) 3. Sim ( )
30. Se (2) ou (3): o quê?_____
Idade que iniciou? _____ Idade em que parou? _____
31. O senhor (a) costuma tomar bebidas alcoólicas?
1. Nunca (Não preencher tabela) ( ) 2. Não agora, mas sim no passado ( ) 3. Sim ( )
32. Se (2) ou (3): o quê?

	IDADE EM QUE:		Nº DE	QUANTIDADE		
TIPO	INICIOU	PAROU	ANOS	1. COPO 2. GARRAFA	QUANTAS	UNIDADES
				RECIPIENTE	POR DIA	P/ SEMANA
Pinga						
Cerveja						
Vinho						

Observação: _____
33. A que temperatura o Sr(a) costuma tomar?

TIPO	'GELADO'	'FRIO'	'MORNO'	'QUENTE'	'PELANDO'	QUANTID.
Café						
Chá						
Café com leite						
Sopa						
Água						
Bebidas						

34. O Sr(a) costuma comer:
0. Natural 1. Salgado 2. Enlatados 3. Preparado 4. Defumado 5. Conservado

ALIMENTOS MAIS UTILIZADOS	PREPARO	Freqüência: QUANTAS VEZES POR: DIA	SEMANA	MÊS	OBSERVAÇÃO
1. Carnes					
2. Peixes,Mariscos, crustáceos					
3. Leite,Queijo, ovos					
4. Verduras					
5. Frutas					
6. Leguminosas					
7. Cereais					
8. Raízes e tubérculos					
9. Açúcares e doces					
10. Gorduras					
11. Condimentos					

35. Alguém da sua família tem ou teve:
a) Diabetes? 1. Não ( )
2. Sim ( ) Quem? _____

b) Doença do coração? 1. Não ( )
2. Sim ( ) Quem? _____

c)Câncer? 1. Não ( )
2. Sim ( ) Quem? _____

d)Pressão alta? 1. Não ( )
2. Sim ( ) Quem? _____
36. Como você se sente ultimamente?

37. Quais são suas impressões (ou idéias) sobre a doença que o afeta?

38. Mudou alguma coisa em sua vida após este diagnóstico?

39. O que você pretende realizar em sua vida (familiar, profissional, social) daqui para frente?

Diagnóstico do hospital_____
Localização exata do tumor_____
Metástase 1. Não ( ) 2. Sim ( ), se sim:
Localização: _____
Tipo sangüíneo e RH: _____

MEDINDO QUALIDADE DE VIDA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA- WHOQOL-100 (OMSQDV-100)

Versão em português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou 'bastante' com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou 'nada' com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas *'extremamente'*, coloque um círculo no número abaixo de *'extremamente'*. Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de *'nada'*. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre *'nada'* e *'extremamente'*, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem ***às duas últimas semanas***.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2		4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de *'completamente'*. Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de *'nada'*. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre *'nada'* e *'completamente'*, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas.**

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponivel para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *sausfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas.**

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a '*com que freqüência*' você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta 'nunca'. Se você sentiu estas coisas, determine com que freqüência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de 'sempre'. As questões referem-se **às duas últimas semanas.**

F1.1 Com que freqüência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que freqüência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer *'trabalho'* que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas.**

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *'quão bem você é capaz de se locomover'* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas.**

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO MINESOTA DE PERSONALIDADE

(M.M.P.I)

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO MINESOTA DE PERSONALIDADE
(MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY)
M M P I

STARKE R. HATHAWAY, Ph. D. e J. CHARNLEY McKINLEY, M. D.

Traduzido e adaptado por Pe. A. BenkÛ, S. J. e Prof Roberto J. P. Simões

INSTRUÇÕES

Este inventário consiste de proposições numeradas. Leia cada uma e decida se, aplicada a você, é certa ou errada.

Marque suas respostas na Folha de Respostas que recebeu.

- Se a proposição se aplica a você, ou seja, se no seu caso ela é CERTA ou QUASE SEMPRE CERTA escureça o círculo à direita da letra C. (Veja exemplo 1).

- Se a proposição não se aplica a você, ou seja, é ERRADA ou USUALMENTE ERRADA no seu caso, escureça o círculo à direita da letra E (Veja exemplo 2).

- Se a proposição não se aplica a você ou se trata de algo que você desconhece, não faça marca nenhuma na folha de respostas.

Seção da folha de respostas corretamente marcada: **EXEMPLOS**		
C --- E	● 1 ○	○ 2 ●

Dê a SUA PRÓPRIA opinião. Não deixe respostas em branco, podendo evitá-lo.

OBSERVAÇÕES:

- Ao marcar suas respostas na folha de respostas, verifique se o número da proposição corresponde ao da folha de respostas.

- Faça as marcas nem nítidas.

- Apague completamente qualquer resposta que queira mudar e proceda, novamente, de acordo com as instruções.

Lembre-se: procure dar alguma resposta para cada uma das proposições.

1. Gosto de revistas de mecânica. **C E**
2. Tenho bom apetite. **C E**
3. Acordo bem disposto e descansado, quase todas as manhãs. **C E**
4. Creio que gostaria do trabalho de bibliotecário. **C E**
5. Sou acordado facilmente por ruídos. **C E**
6. Gosto de ler artigos sobre crimes nos jornais. **C E**
7. De um modo geral, minhas mãos e meus pés estão suficientemente quentes. **C E**
8. Minha vida cotidiana é cheia de coisas que me mantém interessado. **C E**
9. Estou tão capaz para trabalhar como sempre estive. **C E**
10. Sinto, quase sempre, um nó na garganta. **C E**
11. Deveríamos tentar compreender os próprios sonhos e guiar-nos por eles ou tomá-los como aviso. **C E**
12. Gosto de histórias policiais ou de mistério. **C E**
13. Trabalho sob grande tensão. **C E**
14. Tenho diarréia, uma ou mais vezes por mês. **C E**
15. De vez em quando, penso em coisas tão feias que nem posso falar sobre elas. **C E**
16. Estou certo que a vida é cruel comigo. **C E**
17. Meu pai foi um bom homem. **C E**
18. Raramente tenho prisão de ventre. **C E**
19. Quando entro para um novo emprego, gosto de ser informado sobre quem me poderá ser útil. **C E**
20. Minha vida sexual é satisfatória. **C E**
21. Às vezes, tenho desejado muito abandonar minha casa. **C E**
22. Às vezes, tenho acesos de riso e de choro, que não posso controlar. **C E**
23. Sou sujeito a ataques de náuseas e de vômitos. **C E**
24. Parece que ninguém me compreende. **C E**
25. Eu gostaria de ser cantor. **C E**
26. Creio que, certamente, é melhor calar-me, quando estou em apuros. **C E**
27. Às vezes, maus espíritos se apoderam de mim. **C E**
28. Quando alguém me faz um mal, sinto que devo retribuir, se puder, nem que seja por uma questão de princípios. **C E**
29. Sou incomodado por acidez estomacal, várias vezes por semana. **C E**
30. Às vezes, tenho vontade de praguejar (ou dizer palavrões). **C E**
31. Tenho pesadelos quase todas as noites. **C E**
32. Tenho dificuldades em concentrar-me num trabalho ou tarefa. **C E**
33. Tenho tido experiências muito peculiares e estranhas. **C E**
34. Tenho tosse a maior parte do tempo. **C E**
35. Se as pessoas não me quisessem prejudicar, eu teria tido muito mais sucesso. **C E**
36. Raramente me preocupo com minha saúde. **C E**
37. Nunca tive complicações por causa de minha conduta sexual. **C E**
38. Durante um período de minha juventude, pratiquei pequenos furtos. **C E**
39. Às vezes, tenho vontade de quebrar algo. **C E**
40. A maior parte do tempo, preferiria sentar-me e sonhar, do que fazer qualquer outra coisa. **C E**

41. Tenho tido períodos de dias, semanas ou meses, em que não tenho podido cuidar das coisas por falta de ânimo. C E

42. Minha família não gosta da profissão que escolhi (ou da que pretendo escolher). C E

43. Meu sono é sobressaltado e agitado. C E

44. A maior parte do tempo me parece doer toda a cabeça. C E

45. Nem sempre digo a verdade. C E

46. Minha capacidade de julgar está melhor do que nunca. C E

47. Uma vez por semana, ou com mais freqüência, sinto, repentinamente, uma onda de calor pelo corpo todo, sem causa aparente. C E

48. Quando estou com outras pessoas, aborrece-me ouvir coisas muito estranhas. C E

49. Seria melhor se quase todas as leis fossem jogadas fora. C E

50. Minha alma, algumas vezes, deixa meu corpo. C E

51. Tenho tão boa saúde como a maioria dos meus amigos. C E

52. Prefiro passar, sem falar, por colegas ou conhecidos, que há muito tempo não vejo, a não ser que eles procurem falar comigo primeiro. C E

53. Um sacerdote pode curar doenças, orando e colocando as mãos na cabeça do doente. C E

54. A maioria das pessoas que me conhecem, gosta de mim. C E

55. Quase nunca, sou incomodado por dores no coração ou no peito. C E

56. Quando jovem, fui suspenso da escola, uma ou mais vezes, por indisciplina. C E

57. Sou muito sociável. C E

58. Tudo está acontecendo, exatamente, como está previsto na Bíblia. C E

59. Muitas vezes tive que receber ordens de alguém que sabia menos que eu. C E

60. Não leio, diariamente, todos os editoriais dos jornais. C E

61. Não tenho vivido de maneira correta. C E

62. Freqüentemente, tenho a sensação de queimadura, picada, latejamento ou dormência, em algumas partes do meu corpo. C E

63. Não tenho tido dificuldades em começar ou parar o ato de defecação. C E

64. Algumas vezes, persisto numa coisa até que os outros percam a paciência comigo. C E

65. Eu amei meu pai. C E

66. Vejo pessoas, coisas, animais, ao meu redor, que os outros não vêem. C E

67. Eu desejaria ser tão feliz quanto os outros parecem ser. C E

68. Dificilmente sinto dores na nuca. C E

69. Sou fortemente atraído por pessoas do meu próprio sexo. C E

70. Eu gostava do jogo de prendas. (quermesses) C E

71. Penso que um grande número de pessoas exagera suas desgraças a fim de ganhar a simpatia e o auxílio dos outros. C E

72. Sofro de um mal-estar na boca do estômago, em intervalos de poucos dias ou mais freqüentemente. C E

73. Sou uma pessoa importante. C E

74. Muitas vezes tenho desejado ser mulher (ou se você é mulher: nunca lamentei ser mulher). C E

75. Às vezes, fico zangado. C E

76. A maior parte do tempo estou melancólico. C E

113. Creio na sanção da lei. C E

77. Gosto de ler histórias de amor. C E

78. Gosto de poesia. C E

79. Meus sentimentos não são facilmente feridos. C E

80. Às vezes, maltrato os animais. C E

81. Creio que eu gostaria do tipo de trabalho de guarda-florestal. C E

82. Sou facilmente vencido em uma discussão. C E

83. Qualquer pessoa capacitada e disposta a trabalhar muito tem possibilidades de obter sucesso. C E

84. Nos dias atuais, acho difícil não perder as esperanças de chegar a algum resultado. C E

85. Algumas vezes, sou fortemente atraído pelos objetos de uso pessoal dos outros, como sapatos, luvas, etc., a ponto de querer pegá-los ou roubá-los, ainda que não precise deles. C E

86. Certamente, não tenho confiança em mim mesmo. C E

87. Gostaria de ser florista. C E

88. Geralmente sinto que vale a pena viver. C E

89. São necessários muitos argumentos, para convencer a maioria das pessoas da verdade. C E

90. Às vezes, deixo para amanhã o que deveria fazer hoje. C E

91. Não me importo que caçoem de mim. C E

92. Eu gostaria de ser enfermeiro. C E

93. Creio que a maioria das pessoas mentiria para progredir na vida. C E

94. Faço muitas coisas das quais mais tarde me arrependo (arrependo-me de mais coisas com mais freqüência do que outras pessoas). C E

95. Vou à igreja quase todas as semanas. C E

96. Raramente discuto com membros de minha família. C E

97. Às vezes, sinto forte impulso de fazer algo prejudicial ou chocante. C E

98. Acredito na segunda vinda de Cristo. C E

99. Gosto de ir a festas e outras reuniões onde haja muita animação. C E

100. Tenho encontrado problemas tão complexos, que me tem sido impossível chegar a uma decisão. C E

101. Creio que as mulheres devem ter tanta liberdade sexual quanto os homens. C E

102. Minhas lutas mais árduas são comigo mesmo. C E

103. Nunca, ou quase nunca, sou incomodado por contrações musculares ou espasmos. C E

104. Parece que não dou muita importância ao que me acontece. C E

105. Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico ranzinza. C E

106. A maior parte do tempo, sinto-me como se tivesse feito algo mau ou errado. C E

107. Sou feliz quase sempre. C E

108. Minha cabeça e meu nariz parecem estar entupidos a maior parte do tempo. C E

109. Algumas pessoas são tão mandonas, que sinto vontade de fazer justamente o contrário do que elas pedem, mesmo quando sei que elas têm razão. C E

110. Alguém me deseja mal. C E

111. Nunca fiz algo perigoso, apenas pelo gosto do risco. C E

112. Freqüentemente, acho necessário defender o meu ponto de vista. C E

114. Freqüentemente, sinto como se tivesse uma faixa apertada em torno de minha cabeça. C E

115. Creio em outra vida depois desta. C E

116. Gosto mais de uma corrida ou de um jogo, quando aposto. C E

117. A maioria das pessoas é honesta, principalmente pelo receio de ser apanhada cometendo uma falta. C E

118. Na escola, algumas vezes, fui mandado ao diretor por indisciplina. C E

119. O meu modo de falar é o mesmo de sempre (nem mais rápido, nem mais lento, nem mais arrastado ou mais rouco). C E

120. Minhas maneiras, à mesa, não são tão boas em casa, como quando janto fora, em companhia de outros. C E

121. Creio que estão tramando alguma coisa contra mim. C E

122. Parece que sou tão capaz e esperto quanto a maioria dos que me rodeiam. C E

123. Creio que estou sendo seguido C E

124. A maioria das pessoas preferirá usar meios um tanto ilícitos para obter alguma vantagem ou lucro a ter de perdê-los. C E

125. Tenho muitas indisposições estomacais. C E

126. Gosto de arte dramática. C E

127. Sei quem é o responsável pela maioria das minhas dificuldades. C E

128. Ver sangue não me assusta nem me provoca mal-estar. C E

129. Muitas vezes, não consigo compreender porque tenho estado tão ranzinza e genioso. C E

130. Nunca vomitei, nem escarrei sangue. C E

131. Não me preocupo em contrair doenças. C E

132. Gosto de colecionar flores ou cultivar plantas caseiras. C E

133. Nunca me dei a práticas sexuais fora do comum. C E

134. Às vezes, meus pensamentos correm mais depressa do que eu possa exprimi-los com palavras. C E

135. Se pudesse entrar num cinema sem pagar e ter certeza de não ser visto, provavelmente o faria. C E

136. Comumente me pergunto que razão oculta teria uma pessoa para me fazer uma gentileza. C E

137. Creio que minha vida familiar é tão agradável quanto a da maioria das pessoas que conheço. C E

138. Críticas e repreensões me ferem terrivelmente. C E

139. Às vezes, sinto como se precisasse ferir a mim mesmo ou a outras pessoas. C E

140. Gosto de cozinhar. C E

141. Meu comportamento é fortemente influenciado pelos costumes daqueles que me rodeiam. C E

142. Certamente, às vezes, sinto que sou inútil. C E

143. Quando criança, pertenci a um grupo ou bando que procurava manter-se unido, a todo custo. C E

144. Gostaria de ser militar. C E

145. Às vezes, tenho vontade de 'comprar briga' com alguém. C E

146. Tenho alma de cigano e só me sinto feliz vagando ou viajando. C E

147. Freqüentemente tenho perdido oportunidades, por não ter sabido tomar uma decisão a tempo. C E

148. Impacienta-me ter alguém pedindo-me conselhos ou interrompendo-me de qualquer outra forma, quando estou trabalhando em algo importante. C E

149. Eu costumava escrever um diário. C E

150. Prefiro ganhar a perder no jogo. C E

151. Alguém anda tentando envenenar-me. C E

152. Quase todas as noites posso dormir sem ter pensamentos ou idéias que me perturbem. C E

153. Durante os últimos anos tenho passado bem a maior parte do tempo. C E

154. Nunca tive ataques ou convulsões. C E

155. Não estou ganhando nem perdendo peso. C E

156. Tenho tido períodos em que pratiquei atos, sem saber mais tarde o que andei fazendo. C E

157. Sinto que, freqüentemente, tenho sido castigado sem razão. C E

158. Choro facilmente. C E

159. Não compreendo tão bem o que leio, como acontecia antes. C E

160. Nunca, na minha vida, me senti melhor do que agora. C E

161. Algumas vezes, a parte superior de minha cabeça fica muito sensível. C E

162. Fico aborrecido, quando alguém me trapaceia habilmente que chego a admitir que fui enganado. C E

163. Não me canso com facilidade. C E

164. Gosto de estudar e ler sobre assuntos de meu trabalho. C E

165. Gosto de conhecer pessoas importantes, por que isto me faz sentir importante. C E

166. Fico com medo, quando olho para baixo, de lugares altos. C E

167. Não ficaria nervoso, se alguém de minha família se visse envolvido com a justiça. C E

168. Alguma coisa está errada com minha mente. C E

169. Não tenho medo de lidar com dinheiro. C E

170. O que os outros pensam de mim não me preocupa. C E

171. Sinto-me constrangido de me exibir numa festa, ainda que os outros estejam fazendo o mesmo. C E

172. Muitas vezes, tenho que lutar para não mostrar que sou encabulado. C E

173. Gostei da escola. C E

174. Nunca tive desmaios. C E

175. Nunca ou quase nunca tenho tonturas. C E

176. Não tenho muito medo de cobras. C E

177. Minha mãe foi uma boa mulher. C E

178. Minha memória parece estar boa. C E

179. As questões sexuais me preocupam. C E

180. Acho difícil puxar conversa, quando conheço novas pessoas. C E

181. Quando tenho tédio, gosto de provocar algo excitante. C E

182. Tenho medo de perder o uso da razão. C E

183. Sou contrário a dar esmolas aos mendigos. C E

184. Comumente, ouço vozes sem saber de onde vêm. C E

185. Aparentemente, ouço tão bem como a maioria das pessoas. C E

186. Com freqüência, percebo que minhas mãos tremem quando tento fazer algo. C E

187. Minhas mãos não se tornaram desajeitadas ou desastradas. C E

188. Posso ler durante muito tempo sem cansar os olhos. C E

189. Freqüentemente sinto uma fraqueza geral. C E

190. Raramente tenho dores de cabeça. C E

191. Algumas vezes, quando embaraçado, começo a suar, o que me aborrece muito. C E

192. Não tenho dificuldades em manter o equilíbrio, quando caminho. C E

193. Não tenho alergia ao pó, nem acessos de asma. C E

194. Tenho tido ataques, durante os quais não podia controlar meus movimentos, nem falar, mas me dava conta do que ocorria ao mou redor. C E

195. Não gosto de todas as pessoas que conheço. C E

196. Gosto de visitar lugares onde nunca estive. C E

197. Alguém anda tentando roubar-me. C E

198. Raramente sonho acordado. C E

199. Deve-se ensinar às crianças todos os fatos principais da vida sexual. C E

200. Existem pessoas que estão tentando roubar meus pensamentos e idéias. C E

201. Eu desejaria não ser tão tímido. C E

202. Creio que sou uma pessoa condenada. C E

203. Se fosse jornalista, gostaria muito de fazer reportagens sobre teatro. C E

204. Eu gostaria de ser jornalista. C E

205. Às vezes, me tem sido impossível deixar de roubar ou furtar alguma coisa. C E

206. Sou muito religioso (mais do que a maioria das pessoas). C E

207. Gosto de qualquer tipo de jogos e divertimentos. C E

208. Gosto de flertar. C E

209. Creio que meus pecados são imperdoáveis.

210. Tudo tem o mesmo sabor. C E

211. Consigo dormir de dia mas não à noite. C E

212. As pessoas ligadas a mim me tratam mais como criança do que como adulto. C E

213. Andando, tenho muito cuidado para não pisar nos riscos das calçadas. C E

214. Nunca tive erupções da pele, que me preocupassem. C E

215. Tenho abusado do álcool. C E

216. Há pouquíssimo amor e companheirismo em minha família, em comparação com os outros lares. C E

217. Freqüentemente, surpreendo-me preocupado com algo. C E

218. Não me perturba, de modo especial, ver animais sofrerem. C E

219. Creio que gostaria do trabalho de mestre de obras. C E

220. Amei minha mãe. C E

221. Gosto de ciências. C E

222. Para mim, não é difícil pedir ajuda aos amigos, ainda que não lhes possa retribuir o favor. C E

223. Gosto muito de caçar. C E

224. Meus pais desaprovavam, freqüentemente, as pessoas com quem eu andava. C E

225. Às vezes, gosto de falar um pouco da vida alheia. C E

226. Algumas pessoas de minha família têm hábitos e costumes que muito me aborrecem e incomodam. C E

227. Disseram-me que sou sonâmbulo. C E

228. Às vezes, sinto que posso me decidir com uma facilidade fora do comum. C E

229. Eu gostaria de pertencer a vários clubes ou associações. C E

230. Quase nunca noto o meu coração bater, e raramente tenho falta de ar. C E

231. Gosto de conversar sobre sexo. C E

232. Fui induzido a um modo de vida baseado no dever e, desde então, o tenho seguido cuidadosamente. C E

233. Algumas vezes tenho impedido pessoas de fazer algo, não que isto fosse importante, mas apenas por questão de princípios. C E

234. Fico zangado com facilidade, mas logo depois me acalmo. C E

235. Tenho sido bastante independente e livre das regras da família. C E

236. A maior parte do tempo fico 'chocando' idéias. C E

237. Quase todos os meus parentes se dão bem comigo. C E

238. Tenho períodos de tanta inquietação que não posso permanecer sentado por muito tempo. C E

239. Tenho sofrido decepções no amor. C E

240. Nunca me preocupo com minha aparência. C E

241. Sonho, freqüentemente, com coisas que são preferíveis guardar para mim. C E

242. Creio que não sou mais nervoso do que a maioria das pessoas. C E

243. Sinto pouca ou nenhuma dor. C E

244. O meu modo de fazer as coisas tende a ser mal interpretado pelos outros. C E

245. Meus pais e minha família encontram mais defeitos em mim do que deveriam. C E

246. Com freqüência meu pescoço fica com manchas vermelhas. C E

247. Tenho razões para sentir ciúmes de um ou mais membros de minha família. C E

248. Às vezes, sem qualquer razão, ou mesmo quando as coisas correm mal, sinto-me excessivamente feliz, 'navegando num mar de rosas'. C E

249. Creio que existe o diabo e o inferno, após esta vida. C E

250. Não censuro aquele que tenta apoderar-se de tudo que possa neste mundo. C E

251. Tenho tido perdas de consciência nas quais minhas atividades foram interrompidas e não me dava conta do que se passava ao meu redor. C E

252. Ninguém se importa muito com o que acontece aos outros. C E

253. Posso ser amável com pessoas que fazem coisas que considero erradas. C E

254. Gosto de estar num grupo em que uns pregam peças aos outros. C E

255. Às vezes, em eleições, voto em homens que conheço muito pouco. C E

256. A única parte interessante dos jornais é a das histórias em quadrinhos. C E

257. Geralmente, espero ser bem sucedido nas coisas que faço. C E

258. Creio que Deus existe. C E

259. Tenho dificuldades em iniciar coisas. C E

260. Na escola, custei muito a aprender. C E

261. Se eu fosse artista, gostaria de desenhar flores. C E

262. Não me importo de não ser mais bonito. C E

263. Transpiro com facilidade, mesmo nos dias frios. C E

264. Tenho plena confiança em mim mesmo. C E

265. É mais seguro não confiar em ninguém. C E

266. Uma ou mais vezes por semana, fico muito excitado. C E

267. Quando estou num grupo de pessoas, tenho dificuldades em encontrar assuntos apropriados para conversar. C E

268. Quando me sinto abatido, algo excitante, quase sempre, me tira desse estado. C E

269. Consigo, facilmente, fazer que tenham medo de mim e, algumas vezes, o faço por diversão. C E

270. Quando saio de casa, não me preocupo se as portas e as janelas estão bem fechadas. C E

271. Não censuro uma pessoa que se aproveite de quem se deixe explorar. C E

272. Às vezes, sinto-me cheio de energias. C E

273. Tenho dormência em uma ou mais regiões de minha pele. C E

274. Minha vista é tão boa como sempre foi. C E

275. Alguém controla minha mente. C E

276. Gosto de crianças. C E

277. Às vezes, me divirto tanto com a esperteza de um vigarista, que chego a desejar que ele seja bem sucedido. C E

278. Freqüentemente, tenho sentido que as pessoas estranhas estavam me olhando com ar crítico. C E

279. Bebo, diariamente, uma quantidade extraordinária de água. C E

280. A maioria das pessoas faz amigos, pensando na utilidade deles. C E

281. Não é com freqüência que sinto meus ouvidos ressoando ou zumbindo. C E

282. De vez em quando, sinto ódio dos membros de minha família, dos quais normalmente gosto. C E

283. Se fosse jornalista, gostaria de fazer reportagens esportivas. C E

284. Tenho certeza de que andam falando de mim. C E

285. De vez em quando, acho graça numa piada pesada. C E

286. Nunca me sinto tão feliz como quando estou sozinho. C E

287. Tenho poucos temores, em comparação com meus amigos. C E

288. Sofro de ataques de náuseas e vômitos. C E

289. Fico decepcionado com a lei, quando um criminoso é libertado, graças aos argumentos de um advogado habilidoso. C E

290. Trabalho sob grande tensão. C E

291. Uma ou mais vezes em minha vida, senti que alguém, hipnotizando-me, induzia-me a fazer coisas. C E

292. Sou inclinado a não falar com as pessoas, antes que elas falem comigo. C E

293. Alguém anda tentando influenciar minha mente. C E

294. Nunca tive complicações com a Lei. C E

295. Gostei do conto 'chapeuzinho vermelho'. C E

296. Há períodos nos quais, sem razão especial, me sinto muito alegre. C E

297. Eu desejaria não ser incomodado por pensamentos sobre sexo. C E

298. Se várias pessoas se encontram em apuros, o melhor a fazer é combinarem sobre uma versão do fato e manterem-se firmes nela. C E

299. Acho que sou mais sensível do que a maioria das pessoas. C E

300. Nunca em minha vida gostei de brincar com bonecas. C E

301. A maior parte do tempo, a vida é para mim um peso. C E

302. Nunca tive complicações por causa de minha conduta sexual. C E

303. Sou tão sensível a certos assuntos, que nem posso falar sobre eles C E

304. Na escola, era muito difícil, para mim, falar perante a turma. C E

305. Mesmo quando estou acompanhado, sinto-me só, a maior parte do tempo. C E

306. Recebo toda a simpatia que mereço. C E

307. Recuso-me a participar de certos jogos, porque não sou bom neles. C E

308. Às vezes, tenho desejado muito abandonar minha casa. C E

309. Parece que faço amigos tão depressa quanto os outros. C E

310. Minha vida sexual é satisfatória. C E

311. Durante um período de minha juventude, pratiquei pequenos furtos. C E

312. Não gosto de ter gente ao meu redor. C E

313. Aquele que tenta os outros, deixando coisas valiosas sem proteção, é tão culpado do roubo quanto o próprio ladrão. C E

314. De vez em quando, penso em coisas tão feias que nem posso falar sobre elas. C E

315. Estou certo de que a vida é cruel comigo. C E

316. Creio que quase todos mentiriam para evitar dificuldades. C E

317. Sou mais sensível do que a maioria das pessoas. C E

318. Minha vida cotidiana é cheia de coisas que me mantêm interessado. C E

319. No íntimo, a maioria das pessoas não gosta de se incomodar para ajudar os outros. C E

320. Muitos dos meus sonhos são sobre assuntos sexuais C E

321. Facilmente fico embaraçado. C E

322. Preocupo-me com dinheiro e negócios. C E

323. Tenho tido experiências muito peculiares e estranhas. C E

324. Jamais me apaixonei por alguém. C E

325. Algumas pessoas de minha família têm feito coisas que me amedrontam. C E

326. Às vezes, tenho acessos de riso e de choro, que não posso controlar. C E

327. Minha mãe e meu pai, freqüentemente me fizeram obedecer a eles, mesmo quando eu achava que isso não era razoável. C E

328. Tenho dificuldades em concentrar-me num trabalho ou tarefa. C E

329. Quase nunca sonho. C E

330. Nunca estive paralisado, nem tive qualquer tipo de fraqueza nos músculos. C E

331. Se as pessoas não me quisessem prejudicar, eu teria tido muito mais êxito. C E

332. Às vezes, minha voz desaparece ou muda, sem que eu esteja resfriado. C E

333. Parece que ninguém me compreende. C E

334. Às vezes, sinto odores peculiares. C E

335. Não posso concentrar-me numa só coisa. C E

336. Facilmente, fico impaciente com pessoas. C E

337. Sinto ansiedade por algo ou por alguém, quase todo o tempo. C E

338. Certamente, tenho tido mais preocupações do que deveria ter. C E

339. Na maior parte do tempo, eu desejaria estar morto. C E

340. Às vezes, fico tão excitado que me custa adormecer. C E

341. Às vezes, ouço tão bem, que isso até me incomoda. C E

342. Esqueço logo o que me dizem. C E

343. Normalmente, tenho que parar e pensar, antes de agir, mesmo em assuntos insignificantes. C E

344. Freqüentemente, atravesso a rua para não ter que me encontrar com alguém. C E

345. Freqüentemente, sinto como se as coisas não fossem reais. C E

346. Tenho o hábito de contar coisas que não são importantes, tais como lâmpadas, em sinais luminosos. C E

347. Não tenho inimigos que queiram prejudicar-me realmente. C E

348. Tenho tendência a ficar em guarda com pessoas que são um tanto ou quanto mais amáveis do que eu esperava. C E

349. Tenho pensamentos estranhos e peculiares. C E

350. Ouço coisas estranhas, quando estou só. C E

351. Fico ansioso e nervoso, quando tenho que sair de casa para fazer uma curta viagem. . C E

352. Tenho tido medo de coisas e pessoas, apesar de saber que não me podiam fazer mal. . C E

353. Não tenho medo de entrar sozinho em uma sala, onde outras pessoas estão reunidas e conversando. . C E

354. Tenho medo de usar facas ou qualquer coisa afiada ou pontiaguda. . C E

355. Algumas vezes, gosto de ferir as pessoas que amo. C E

356. Tenho mais dificuldades em concentrar-me do que os demais parecem ter. . C E

357. Várias vezes tenho desistido de fazer algo por ter duvidado da minha habilidade. . C E

358. Palavras feias, muitas vezes terrivelmente feias, vêm à minha mente e não consigo me livrar delas. . C E

359. Algumas vezes, algum pensamento sem importância me vem à mente e me incomoda durante dias. . C E

360. Quase todos os dias, sucede algo que me assusta. C E

361. Sou inclinado a tomar as coisas com decisão. . C E

362. Sou mais sensível do que a maioria das pessoas. . C E

363. Às vezes, tenho sentido prazer, quando alguém que eu amava me fez sofrer. . C E

364. Dizem coisas vulgares e ofensivas a meu respeito. C E

365. Sinto-me mal em lugares fechados. . C E

366. Mesmo quando estou acompanhado, sinto-me só, a maior parte do tempo. . C E367. Não tenho medo de fogo.

368. Algumas vezes me tenho afastado de outra pessoa, porque temia fazer ou dizer algo que mais tarde pudesse arrepender-me.

369. Não me preocupo com religião.

370. Detesto ter que me apressar, quando estou trabalhando.

371. Não sou inibido demais.

372. Procuro estar interessado em diferentes passatempos em vez de prender-me em um só, por muito tempo.

373. Tenho certeza de que existe somente uma religião verdadeira.

374. Durante certos períodos, minha mente parece trabalhar mais devagar que de costume

375. Quando estou me sentindo muito feliz e ativo, alguém que esteja deprimido ou desanimado me estraga tudo.

376. Os policiais, geralmente, são honestos.

377. Nas festas, é mais provável sentar-me só ou com uma pessoa, em vez de juntar-me ao grupo.

378. Não gosto de ver mulheres fumando.

379. Dificilmente, tenho crises de desânimo.

380. Quando alguém diz tolices ou revela-se ignorante sobre assuntos que conheço, trato de corrigi-lo.

381. Freqüentemente me dizem que sou um sujeito 'esquentado'.

382. Eu gostaria de não me preocupar com coisas que tivesse dito e que pudesse ter ofendido os outros.

383. As pessoas, freqüentemente, me decepcionam.

384. Sinto-me incapaz de contar a alguém tudo a meu respeito.

385. Uma das coisas de que tenho medo, é de relampagos.

386. Gosto de manter as pessoas em 'suspense' sobre o que irei fazer.

387. Os únicos milagres que conheço são simples truques que uns aplicam aos outros.

388. Tenho medo de estar só no escuro.

389. Com freqüência, meus planos me pareciam tão cheios de dificuldades, que tive de abandoná-los.

390. Muitas vezes, tenho ficado magoado por ser mal compreendido, quando tentava impedir alguém de cometer um erro.

391. Gosto de ir a bailes.

392. Fico aterrorizado com um temporal.

393. Cavalos que empacam deveriam ser chicoteados e golpeados.

394. Freqüentemente peço conselhos aos outros.

395. O futuro é demasiado incerto para que se possa fazer planos sérios.

396. Com freqüência, ainda que tudo vá bem, sinto que nada me importa.

397. Algumas vezes, tenho sentido que as dificuldades se acumulavam a tal ponto que não podia vencê-las.

398. Penso freqüentemente: 'Eu desejaria voltar a ser criança'.

399. Não fico zangado facilmente.

400. Se me dessem oportunidade, poderia fazer coisas que seriam de grande benefício para o mundo.

401. Não tenho medo de água.

402. Freqüentemente, deixo amadurecer um assunto, antes de decidir o que fazer.

403. É ótimo viver nesta época em que tantas coisas acontecem.

404. Muitas vezes, as pessoas interpretaram mal minhas intenções, quando dedicava-me a corrigi-las e ajudá-las.

405. Não tenho dificuldade em engolir.

406. Tenho, freqüentemente, encontrado pessoas consideradas peritas em alguma coisa e que não eram melhores do que eu.

407. Geralmente sou calmo e não me altero facilmente.

408. Sou capaz de esconder meus sentimentos sobre certas coisas, a ponto de alguém poder ofender-me sem o perceber.
409. Às vezes, fico esgotado por empreender demasiadas coisas.
410. Eu gostaria muito de enganar um vigarista, usando suas próprias armas.

411. Sinto-me um fracassado, quando ouço falar do êxito de alguém que conheço.

412. Não receio consultar um médico acerca de uma doença ou ferimento.

413. Mereço punição severa pelos mous pecados.

414. Sou capaz de levar os desapontamentos tão a sério que não os posso tirar da cabeça.

415. Se me dessem oportunidade, eu me tornaria um bom líder.

416. Aborrece-me ter alguém me observando trabalhar, mesmo quando sei que posso fazê-lo bem.

417. Muitas vezes, fico tão aborrecido quando alguém tenta passar à minha frente, numa fila, que lhe chamo a atenção.

418. Às vezes, penso que não presto para nada.

419. Quando criança, freqüentemente eu gazeteava a escola.

420. Tenho tido algumas experiência religiosas fora do comum.

421. Um ou mais membros de minha família são muito nervosos.

422. Tenho me sentido embaraçado diante do tipo de trabalho que um ou mais membros de minha família têm feito.

423. Gosto ou gostei muito de pescar.

424. Sinto fome quase todo o tempo.

425. Sonho freqüentemente.

426. Às vezes, tenho sido rude com pessoas grosseiras e inoportunas.

427. Fico encabulado quando ouço piadas pesadas.

428. Gosto de ler os editoriais dos jornais.

429. Gosto de assistir a conferências sobre temas sérios.

430. Sou atraído por membros do outro sexo.

431. Preocupo-me bastante com possíveis desgraças.

432. Tenho opiniões políticas firmes.

433. Eu costumava ter companheiros imaginários.

434. Eu gostaria de ser corredor de automóveis.

435. De um modo geral, eu preferiria trabalhar com mulheres.

436. As pessoas, geralmente, exigem mais respeito aos seus direitos do que estão dispostas a conceder aos dos outros.

437. Não há mal algum em contornar a Lei sem infringi-la.

438. Existem certas pessoas que me desgostam tanto, que me alegro intimamente quando estão pagando por algo que fizeram.

439. Fico nervoso quando tenho que esperar.

440. Procuro lembrar-me de boas histórias para contá-las aos outros.

441. Gosto de mulheres altas.

442. Tenho tido períodos em que perdi o sono devido a preocupações.

443. Sou capaz de desistir de algo que desejo fazer, porque os outros acham que não estou indo de maneira correta.

444. Não tento corrigir as pessoas que expressam crenças ignorantes.

445. Quando jovem (ou na infância) eu gostava de ter experiências empolgantes.

446. Gosto de jogar com pequenas apostas.

447. Freqüentemente, sou inclinado a fazar um esforço especial para vencer alguém que se opôs a mim.

448. Incomoda-me, quando pessoas, na rua, ônibus, lojas etc., ficam me olhando.

449. Gosto de reuniões sociais, só para estar com gente.

450. Gosto da excitação da multidão.

451. Minhas preocupações parecem desaparecer quando estou numa roda de amigos animados.
452. Gosto de zombar dos outros.

453. Quando eu era criança, não me preocupava em ser membro de um bando ou turma.
454. Poderia ser feliz, vivendo completamente só, em uma cabana na floresta ou nas montanhas.
455. Freqüentemente, não estou a par dos mexericos e das conversas do grupo a que pertenço.

456. Uma pessoa não deveria ser punida por violar uma lei que considere injusta.
457. Creio que nunca se deveria provar bebidas alcóolicas.

458. O homem que mais dedicou atenção a mim quando eu era criança (pai, padrasto, etc.) foi muito severo comigo.

459. Tenho, um ou vários, maus hábitos tão arraigados, que é inútil lutar contra eles.

460. Tenho tomado bebidas alcóolicas moderadamente (ou: nunca bebo)

461. Acho difícil deixar de lado uma tarefa que empreendi, ainda que seja por pouco tempo.

462. Não tenho tido dificuldades em soltar ou reter minha urina.

463. Eu gostava de jogar amarelinha (sapata).

464. Nunca tive visões.

465. Várias vezes mudei de opinião a respeito de minha profissão.

466. Exceto por ordem médica, nunca tomo drogas ou comprimidos para dormir.

467. Freqüentemente, decoro números sem importância (tais como, de automóveis, etc.).

468. Lamento, freqüentemente, ser tão gencioso e ranzinza.

469. Tenho freqüentemente encontrado pessoas invejosas de minhas boas idéias, justamente porque estas não lhes ocorreram primeiro.

470. Os assuntos sexuais me desgostam.

471. Na escola, minhas notas em comportamento geralmente foram más.

472. Sou fascinado pelo fogo.

473. Sempre que possível, evito estar em uma multidão.

474. Não tenho que urinar mais freqüentemente que os demais.

475. Quando estou encurralado, digo apenas aquela parte da verdade que provavelmente não me prejudicará.

476. Sou um enviado especial de Deus.

477. Se estivesse em apuros com vários amigos, que foram tão culpados quanto eu, preferiria assumir toda a culpa a denunciá-los.

478. Nunca fiquei particularmente nervoso, por causa de apuros em que se viu envolvido algum membro da minha família.

479. Não me incomoda ser apresentado a estranhos.

480. Freqüentemente, tenho medo do escuro.

481. Lembro-me ter fingido de doente, para livrar-me de algo.

482. Nos trens, ônibus, etc., falo freqüentemente com estranhos.

483. Cristo realizou milagres, tais como, transformar água em vinho.

484. Tenho, um ou mais, defeitos tão grandes, que me parece melhor aceitá-los e tratar de controlá-los do que tentar livrar-me deles.

485. Quando um homem está com uma mulher, geralmente está pensando em coisas relacionadas com o sexo.

486. Nunca notei sangue em minha urina.

487. Tenho vontade de desistir imediatamente, quando as coisas vão mal.

488. Rezo diversas vezes por semana.

489. Tenho compaixão das pessoas que tendem a se fechar em suas mágoas e dificuldades.

490. Leio a Bíblia diversas vezes por semana.

491. Não tenho paciência com pessoas que acreditam na existência de uma única religião verdadeira.

492. Tenho pavor, só de pensar em terremotos.

493. Prefiro um trabalho que exija muita atenção, a outro que me permita ser descuidado.

494. Tenho medo de encontrar-me num lugar pequeno e fechado.

495. Geralmente ponho as cartas na mesa com pessoa que estou tentando corrigir ou melhorar.

496. Nunca vi coisas em dobro (isto é, nunca um objeto me pareceu duplo, sem que me seja possível fazê-lo aparecer como um único).

497. Gosto de histórias de aventuras.

498. É sempre bom ser franco.

499. Tenho de admitir que às vezes me preocupo, sem motivo algum, por coisas sem importância.

500. Facilmente me entusiasmo cem por cento por uma idéia.

501. Geralmente faço as coisas sozinho, em vez de pedir a alguém que me ensine.

502. Gosto que os outros saibam qual é o meu ponto de vista.

503. Não é meu costume exprimir com ênfase a aprovação ou desaprovação a respeito das ações dos outros.

504. Não procuro encobrir minha pena ou opinião desfavorável sobre uma pessoa, só para que ela não a perceba.

505. Tenho tido períodos em que me sinto tão cheio de vitalidade, que o sono não me parece necessário em qualquer momento.

506. Sou uma pilha de nervos.

507. Freqüentemente, tenho trabalhado sob ordens de pessoas que parecem arrumar as coisas de tal modo que recebem os elogios pelo bom trabalho, mas que são hábeis em delegar os erros aos seus subordinados.

508. Creio que o meu olfato é tão bom como o dos outros.

509. Às vezes, acho difícil defender meus direitos, porque sou muito reservado.

510. A sujeira me amedronta ou me repugna.

511. Tenho uma vida de fantasia que não conto a ninguém

512. Não gosto de tomar banho.

513. Penso que Tiradentes foi maior que Dom Pedro 1.

514. Gosto de mulheres masculinas.

515. Em minha casa sempre temos as necessidades básicas satisfeitas (tais como: suficiente comida, roupa, etc.).

516. Algumas pessoas de minha família têm o gênio impulsivo.

517. Não consigo fazer nada direito.

518. Freqüentemente, tenho me sentido culpado, por ter fingido estar mais triste a respeito de algo, do que estava na realidade.

519. Há algo de errado com meus órgãos sexuais.

520. Em regra, defendo fortemente minhas próprias opiniões.

521. Num grupo de pessoas, não ficaria mbaraçado se tivesse que iniciar uma discussão ou dar uma opinião sobre um assunto que conheço bem.

522. Não tenho medo de aranhas.

523. Praticamente, nunca me ruborizo.

524. Não tenho medo de pegar doenças ou germes nas maçanetas das portas.

525. Certos animais me deixam nervoso.

526. O futuro me parece sem esperança.

527. Os membros de minha família e meus parentes mais próximos se dão muito bem.

528. Não coro mais freqüentemente que os outros.

529. Eu gostaria de usar roupas caras.

530. Com freqüência, fico com medo de encabular.

531. As pessoas podem facilmente me fazer mudar de idéia, mesmo quando eu já pensava ter uma opinião definitiva sobre o assunto.

532. Posso suportar a dor, tanto quanto os demais.

533. Normalmente não sofro de arrotos.

534. Várias vezes tenho sido o último a desistir de fazer algo.

535. Sinto a boca seca quase todo o tempo.

536. Fico zangado quando alguém me apressa.

537. Eu gostaria de caçar leões na África.

538. Penso que eu gostaria do trabalho de alfaiate (costureira).

539. Não tenho medo de ratos.

540. Minha face nunca esteve paralisada.

541. Minha pele parece ter uma sensibilidade tátil fora do comum.

542. Nunca tive as fezes pretas como carvão.

543. Várias vezes por semana, sinto como se algo terrível estivesse pra acontecer.

544. Uma boa parte do tempo me sinto cansado.

545. Às vezes, tenho o mesmo sonho repetidamente.

546. Gosto de ler sobre História.

547. Gosto de festas e reuniões sociais.

548. Nunca assisto a um espetáculo erótico (tipo 'strip-tease') podendo evitá-lo.

549. Recuo diante de crises e dificuldades.

550. Gosto de consertar fechaduras.

551. Algumas vezes estou seguro de que outras pessoas podem dizer o que estou pensando.

552. Gosto de ler sobre Ciência.

553. Tenho medo de ficar sozinho em lugares amplos e abertos.

554. Se fosse artista, ou gostaria de desenhar crianças.

555. Algumas vezes, sinto que estou a ponto de estourar.

556. Sou muito cuidadoso no meu modo de vestir.

557. Eu gostaria de ser secretário(a) particular.

558. Muitas pessoas são culpadas de má conduta sexual.

559. Freqüentemente, acordo assustado no meio da noite.

560. Fico bastante aborrecido quando esqueço onde pus as coisas.

561. Gosto muito de andar a cavalo.

562. A pessoa a quem mais me prendi e mais admirei quando eu era criança, foi uma mulher (mãe, irmã, tia, ou outra mulher).

563. Gosto mais de histórias de aventuras do que das de amor.

564. Eu tenho tendência a deixar de fazer algo que desejo, quando acham que não vale a pena fazê-lo.

565. Tenho vontade de saltar, quando estou em lugares altos.

566. Gosto das cenas de amor do cinema.

ESCALA

TABELA CLASSIFICATÓRIA DE READAPTAÇÃO SOCIAL- (HOLMES & RAHE)

Na tabela abaixo asinale se houve ou não eventos estressantes em sua vida principalmente nos últimos 2 anos. Em seguida classifique dando uma nota de 0 a 100 de acordo com sua experiência, os eventos, atribuindo valor igual, maior ou menor, indicando o grau de readaptação e sofrimento em sua vida.

Sim	Não	*Evento*	Classificação
		Morte do Cônjuge	
		Divorcio	
		Separação Conjugal	
		Condenação à prisão	
		Morte de parente próximo	
		Aborrecimento grave ou doença mental	
		Casamento	
		Dispensa de emprego	
		Reconciliação conjugal	
		Aposentadoria	
		Problema de saúde em membro da família	
		Gravidez	
		Problemas sexuais	
		Entrada de novo membro na família	
		Mudança de emprego	
		Mudança de nível de renda	
		Morte de Amigo íntimo	
		Mudança para tipo diferente de trabalho	
		Aumento das discussões com o cônjuge	
		Hipoteca acima de US$ 10.000	
		Execução de hipoteca ou empréstimo	
		Mudança nas responsabilidades de trabalho	
		Saída de filho ou filha do lar	
		Problemas com parentes próximos	
		Empreendimento pessoal pendente	
		Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	
		Início ou término de estudos	
		Mudança nas condições de vida	
		Revisão dos hábitos pessoais	
		Problemas com o chefe	
		Mudanças de horário ou condições de trabalho	
		Mudança de residência	
		Mudança de escola	
		Mudança de atividades de lazer	
		Mudança de atividades religiosas	
		Mudança de atividades sociais	
		Hipoteca ou empréstimo inferior a US$ 10.000	
		Mudança de hábitos de dormir	
		Mudança na freqüência de reuniões de família	
		Mudança de hábitos alimentares	
		Férias	
		Natal	
		Pequenas infrações á lei	

ESCALA

TABELA CLASSIFICATÓRIA DE READAPTAÇÃO SOCIAL

(HOLMES & RAHE)

Classificação	*Evento*	Valor Médio
1	Morte do Cônjuge	100
2	Divorcio	73
3	Separação Conjugal	65
4	Condenação à prisão	63
5	Morte de parente próximo	63
6	Aborrecimento grave ou doença mental	53
7	Casamento	50
8	Dispensa de emprego	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Aposentadoria	45
11	Problema de saúde em membro da família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Entrada de novo membro na família	39
15	Mudança de emprego	39
16	Mudança de nível de renda	38
17	Morte de Amigo íntimo	37
18	Mudança para tipo diferente de trabalho	36
19	Aumento das discussões com o cônjuge	35
20	Hipoteca acima de US$ 10.000	31
21	Execução de hipoteca ou empréstimo	30
22	Mudança nas responsabilidades de trabalho	29
23	Saída de filho ou filha do lar	29
24	Problemas com parentes próximos	29
25	Empreendimento pessoal pendente	28
26	Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	26
27	Início ou término de estudos	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Revisão dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o chefe	23
31	Mudanças de horário ou condições de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de atividades de lazer	19
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Hipoteca ou empréstimo inferior a US$ 10.000	17
38	Mudança de hábitos de dormir	16
39	Mudança na freqüência de reuniões de família	15
40	Mudança de hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas infrações á lei	11

Para elaboração da escala foi dado ao evento 1- casamento um valor arbitrário de 500; o respondente tinha que, de acordo com sua experiência, classificar os outros eventos, atribuindo valor igual, maior ou menor, indicando o grau de readaptação em relação ao casamento. O valor médio representa a magnitude do evento, assim o degrau mais alto da escala, o coeficiente é 100 UR (unidade de readaptação) em relação á morte do cônjuge.