MARIA ADELAIDE GALLO FERREIRA DE CAMARGO

**Aspectos da personalidade associados ao tratamento
do câncer do reto baixo: abordagem psicodinâmica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Cirurgia do Aparelho Digestivo
Orientador: Prof. Dr. Joaquim José Gama-Rodrigues

São Paulo

2005

DEDICATÓRIA

À minha avó Conceição, a primeira mestra com quem aprendi a rezar, cantar, bordar, ler e também a escrever poesias.

In memoriam.

Ao Aloysio, marido e companheiro de longa data, cujos atributos morais e afetivos têm constituído o amálgama da nossa família.

Aos filhos Aloysio, Marília e Frederico que preencheram meu ser e agora ampliam meu estar neste mundo.

À nora Karen, ao genro Eduardo e à Carolina que, com carinho, incrementam a cada dia o amor nas nossas vidas.

Aos netos Rodrigo e Paula cujos sorrisos e belas travessuras transmitem alegrias no presente e projetam realizações no futuro.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Joaquim Gama-Rodrigues, Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, pela orientação, compreensão, atenção e amizade, cuja seleção das Disciplinas de adaptação ao curso de Graduação em Medicina foi decisiva para minha formação dentro do Hospital, minha gratidão, respeito e admiração.

À Profa. Angelita Habr-Gama, Titular em Coloproctologia, mulher à frente do nosso tempo, exemplo de trabalho, entusiasmo e sabedoria, pela oportunidade que me foi concedida, pelo apoio e incentivo, minha gratidão, respeito e admiração.

À Profa. Livre Docente Leila Cury de La Plata Tardivo, Profa. Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela generosidade que lhe é peculiar, concedendo apoio aos alunos de Pós-Graduação e incentivando a prática da pesquisa, meu respeito e admiração.

Ao Dr. Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior e sua esposa Joana que desde o início conferiram apoio e incentivo pessoais à realização da presente pesquisa científica, depositando confiança em minha pessoa, meus sinceros agradecimentos.

À Profa. Dra. Maria Salete Legname de Paulo e Profa. Claudia Aranha Gil, ambas pela supervisão em Psicologia e pelo trabalho de avaliação do material obtido por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias.

Aos colegas do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Wagner Francisco Vidille, Wadad Ali Hamad Leôncio, Antonio Geraldo de Abreu Filho, Ana Luiza Steiner, Lucilena Vagostello, Thais Pavanelli, Maria Irene dos Santos e Denir Camargo Freitas, minha gratidão pela camaradagem e estímulo.

À Profa. Dra. Gloria Maria Duccini Almeida pela orientação e auxílio na análise estatística.

Ao Dr. Pedro Marcos Santinho Bueno de Souza que acompanhou com interesse o desenvolvimento do projeto piloto que deu origem à presente Dissertação de Mestrado, meus agradecimentos.

Ao Dr. Rodrigo Perez pela solicitude com que sempre atendeu aos pedidos de encaminhamento de pacientes, colaborando com o desenvolvimento desta pesquisa científica.

Aos amigos Anita Lopes e Marcus Bayard, presenças constantes por via eletrônica, cujos comentários e reflexões comprovaram-se valiosos para a realização da presente pesquisa científica.

Às secretárias Myrtes e Vilma, da Pós-Graduação e à bibliotecária Marta pela disposição, auxílio e amizade.

Às bibliotecárias do Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela orientação e solicitude.

Ao pessoal da Secretaria do Departamento de Gastroenterologia, pela atenção que dedicam aos assuntos acadêmicos, em especial ao Marcos Antonio Retzer que colaborou com a formatação dos desenhos, utilizando-se da técnica com criatividade.

Aos funcionários do Ambulatório do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus da Divisão de Clínica Cirúrgica II do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo auxílio no atendimento aos pacientes durante a coleta de dados para a presente pesquisa.

Aos pacientes que abriram espaço no dia-a-dia das suas vidas para colaborar com a presente investigação científica, minha profunda gratidão.

“Os processos psicológicos são funções de sistemas biológicos e influenciam fenômenos fisiológicos como o pranto, a respiração, a ruborização e a secreção do suco gástrico.”

Franz Alexander
1965

“A mudança psíquica decorre de um ganho de qualidade perceptiva que incide no relacionamento com os objetos internos e externos. Este processo perceptivo não depende de compreensões ou raciocínios, mas de um contato íntimo, aproximando-se das angústias, e das fantasias, através da intuição, para a expansão do ser.”

Paulina Cymrot
1997

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de biblioteca e documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Listas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS	08
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
4. MÉTODOS	25
4.1. Casuística	26
4.2. Instrumentos	29
4.3. Tratamento dos dados	34
4.4. Tratamento estatístico	36
5. RESULTADOS	38
6. DISCUSSÃO	78
7. CONCLUSÕES.....	101
8. ANEXOS	103
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182

LISTAS

Lista de Abreviaturas

Procedimento D-E – Procedimento de Desenhos-Estórias.

UP – Unidade de Produção, composta por um desenho, a história correspondente, inquérito e título do referido desenho.

NOP – Designação de subgrupo formado por pacientes com diagnóstico de câncer de reto, submetidos ao protocolo de rádio e quimioterapia, para os quais não foi indicada cirurgia.

SEM – Designação de subgrupo formado por pacientes com diagnóstico de câncer de reto, submetidos ao protocolo de rádio e quimioterapia, para os quais foi indicada cirurgia com abertura provisória de estoma.

COM – Designação de subgrupo formado por pacientes com diagnóstico de câncer de reto, submetidos ao protocolo de rádio e quimioterapia, para os quais foi indicada cirurgia com abertura de estoma.

Lista de Figuras

Figura 1.	Representação esquemática da forma de seleção dos pacientes com adenocarcinoma do reto distal submetidos ao tratamento de radioquimioterapia como primeira abordagem terapêutica.....	28
Figura 2.	AAW – A menina alegre.....	58
Figura 3.	AAW – Chácara dos sonhos.....	59
Figura 4.	AAW - Brinquedo esperado.....	60
Figura 5.	AAW – O gato chuvisco.....	61
Figura 6.	AAW – A família.....	62
Figura 7.	Distribuição dos gêneros entre os três subgrupos de pacientes, NOP, SEM e COM.....	70
Figura 8.	Médias estimadas das idades dos três subgrupos para os dois gêneros separadamente.....	72

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Dados brutos relativos à análise dos traços de personalidade do paciente AAW obtidos através da interpretação dos resultados da aplicação do Procedimento D-E.....	65
Tabela 2.	Visualização do total dos traços de personalidade analisados pelas três avaliadoras em relação aos três subgrupos de pacientes em dados brutos.....	68
Tabela 3.	Visualização do total dos traços de personalidade analisados pelas três avaliadoras em relação ao gênero dos pacientes em dados brutos.....	69
Tabela 4.	Distribuição dos gêneros entre os três subgrupos de pacientes NOP, SEM e COM.....	70
Tabela 4.1.	Reagrupamento dos subgrupos para verificação de distribuição semelhante entre gêneros.....	71
Tabela 5.	Comparação entre as idades dos pacientes considerando-se os três subgrupos NOP, SEM e COM.....	71
Tabela 6.	Verificação da distribuição das idades em relação ao gênero.....	72
Tabela 7.	Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados pelas avaliadoras A e C em relação aos subgrupos NOP, SEM e COM de pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal.....	73
Tabela 8.	Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo das Atitudes Básicas onde se destaca o traço de personalidade de Oposição que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras.....	74

- Tabela 9.** Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo dos Sentimentos Expressos onde se destaca o traço de personalidade Sentimentos Derivados do Conflito que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras **74**
- Tabela 10.** Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo Ansiedades onde se destaca o traço de personalidade Ansiedades Paranóides que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras..... **74**
- Tabela 11.** Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo Mecanismos de Defesa onde se destacam os Mecanismos de Anulação e Formação Reativa que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as interpretações das três avaliadoras..... **75**
- Tabela 12.** Verificação da participação do gênero no traço de personalidade de Aceitação, do grupo Atitudes Básicas, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras individualmente..... **75**
- Tabela 13.** Verificação da participação do gênero no traço de personalidade de Identificação Positiva, do grupo Atitudes Básicas, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras..... **76**
- Tabela 14.** Verificação da participação do gênero no traço de personalidade Sentimentos Derivados do Instinto de Vida, do grupo Sentimentos Expressos, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras..... **76**
- Tabela 15.** Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados por uma avaliadora, entre as três, em relação ao gênero dos pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal..... **76**
- Tabela 16.** Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados por duas avaliadoras, entre as três, em relação ao gênero dos pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo..... **77**

RESUMO

Camargo MAGF. *Aspectos da personalidade associados ao tratamento do câncer do reto baixo: abordagem psicodinâmica* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 188p.

Com os avanços verificados na Medicina vários tipos de câncer, entre eles o do reto distal, apresentam elevado índice de cura fazendo com que a sobrevivência do paciente aumente consideravelmente, o que implica muitas vezes em modificações na estrutura corpórea que, de alguma maneira, causam repercussões na dinâmica psíquica. Mesmo o paciente não-operado, mas que se submete a radioquimioterapia, é inserido num contexto hospitalar e de procedimentos invasivos, vivenciando fantasias geradas pela crise emocional. Dentro de abordagem interdisciplinar, utilizando-se dos conhecimentos da psicologia clínica, foi estudado um grupo de 30 pacientes provenientes do Ambulatório do Serviço de Cirurgia de Cólon, Reto e Ânus da Divisão de Clínica Cirúrgica II do Hospital das Clínicas, no Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, previamente submetidos à rádio e quimioterapia como primeira abordagem para o tratamento do câncer de reto. Alguns destes doentes não foram operados enquanto outros foram submetidos à intervenção cirúrgica com ou sem colostomia definitiva. Todos os pacientes foram tratados há pelo menos três anos. Dois instrumentos foram utilizados: entrevista semi-dirigida, procedimento semi-estruturado que permitiu a categorização de respostas e o Procedimento de Desenhos-Estórias, este fundamentado em técnica projetiva de cunho qualitativo, para revelar os aspectos psicológicos e possibilitar a comparação quantitativa dos resultados obtidos quanto aos traços predominantes na personalidade dos sujeitos que compõem cada um dos três subgrupos, assim como verificar, no conjunto desses pacientes, a participação do gênero nas diferenças de traços de personalidade e conseqüentemente na dinâmica psíquica, buscando-se expressar a vivência emocional dessas pessoas considerando-se que todos procuraram o atendimento médico-hospitalar face ao diagnóstico de câncer colorretal. Após a análise estatística observou-se que não houve diferença significativa entre os traços de personalidade dos três subgrupos a menos dos operados sem colostomia e dos operados com colostomia. Em relação aos gêneros, foram encontradas diferenças significativas entre certos traços de personalidade que sugerem diferenças expressas na vivência emocional de homens e mulheres em tratamento de câncer do reto distal. Associados à observação clínica psicológica os dados assim obtidos permitiram concluir que, enquanto os pacientes do subgrupo operados, e atualmente sem colostomia, revelam certa destrutibilidade interior, aqueles operados, com colostomia, apresentam potencial para manter a formação de vínculos e participar de atividades de integração psicossocial. As mulheres revelam vivência emocional de certa forma deprimida, com auto-imagem negativa, sentimentos de inveja e rivalidade presentes nos relacionamentos. Os homens, por sua vez, apresentam problemas em relação à sexualidade expressos através da busca de identidade e da necessidade de identificação com o próprio sexo, embora mostrem sentimentos construtivos que sugerem melhores condições de elaboração do trabalho do luto e estado potencial para enfrentamento da doença na atual situação em que se encontram.

Descritores: Determinação da Personalidade; Psicologia Clínica; Neoplasias Colorretais; Colostomia; Quimioterapia; Radioterapia.

SUMMARY

Camargo MAGF. *Personality aspects associated with colorectal cancer treatment: psychodynamic approach* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 188p.

With great medical advances made, several types of cancer, including distal rectal cancers, present a high rate of cure and considerably longer survival rate, which often lead to changes in body structure that, somehow, may affect the patients' psychological dynamics. Even non-surgical patients, who undergo radio chemotherapy, are introduced into the hospital context and submitted to invasive procedures thus experiencing fantasy caused by the emotional distress. Within an interdisciplinary approach, using the knowledge of clinical psychology, a group of 30 patients from the Ambulatory Service of Anorectal and Colon Surgery, Hospital das Clinicas, Departmente of Gastroenterology, Medical School of the University of Sao Paulo, Brazil, was investigated. Patients had previously undergone radio and chemotherapy as the initial treatment of rectal cancer. Some of these patients were not submitted to surgery, since the tumor disappeared, while others required a surgical procedure with or without permanent colostomy. All individuals had been treated for at least three years. Two assessment tools were used: Semi-Directed Interviews, according to a semi-structured methodology that allowed the categorization of answers; the Drawing/Stories Procedure, based on projective techniques with a qualitative research character, to reveal psychological aspects and to allow the quantitative comparison of the results obtained in relation to predominant features of patient's personality within each of the three subgroups, as well as to verify, as a whole, the gender participation in the differences found on the personality traces and, thus, on the psychological dynamics. The author's objective was to express the emotional experience of those individuals, considering the fact that all of them had sought medical and hospital care due to the diagnosis of colorectal cancer. After the statistical analysis, no significant difference in personality features among the three subgroups, except for operated individuals with or without colostomy, was found. In relation to gender, significant differences were found among particular personality features, suggesting differences expressed in the emotional perception of men and women during the treatment against colorectal cancer. Associating the clinical-psychological observation with the data gathered it was possible to conclude that, while patients in the subgroup 'operated without colostomy' show a tendency for self-destruction, those 'operated with colostomy' seem to present potential to maintain bonds and to participate in psychosocial integration activities. Women show a somehow depressed emotional grasp of the life experience, with a negative self-image and feelings of envy and competition present in their relationships. Men, otherwise, present problems related to sexuality, which are expressed through identity search and the need to maintain their original gender identification; nevertheless, they show constructive feelings that suggest better conditions to elaborate mourning for the losses and a higher potential to overcome the currently experienced disease.

Descriptors: 1. Personality Assessment; 2. Psychology Clinical; 3. Colorectal Cancer; 4. Colostomy; 5. Chemotherapy; 6. Radiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

Doença que se instala em geral silenciosa e traiçoeiramente no organismo, o câncer de cólon e reto tem sua incidência estimada em 26.050 casos novos no Brasil, sendo 12.410 casos em homens e 13.640 em mulheres, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2005. Estes valores correspondem a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres.

No mundo, os tumores malignos que acometem o cólon e o reto a cada ano somam 945 mil casos novos. O câncer de cólon e reto é o segundo mais prevalente no mundo, com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas com diagnóstico nos últimos cinco anos (INCA, 2005). Nos países desenvolvidos a incidência de câncer de cólon e reto é maior do que nos países em desenvolvimento.

O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado de moderado a bom. Tratável e freqüentemente curável quando diagnosticado precocemente (Habr-Gama, 2004) vem concentrando os olhares da equipe interdisciplinar de saúde em relação tanto à sua prevenção e tratamento, como ao bem estar bio-psico-social do paciente: a assistência médica, o tipo de alimentação, cuidados pessoais, atividade física programada, envolvimento de familiares, possibilidade de reinserção social e profissional.

Todos estes cuidados contribuem para que o doente possa elaborar o trabalho do luto – um conjunto de reações diante de uma perda (Kovács, 1992) que não necessariamente a morte de alguém – e assim vir a atribuir um novo sentido para a busca de satisfação das suas necessidades básicas, consciente dos seus limites mas confiante no seu potencial humano.

O diagnóstico de câncer certamente coloca as pessoas e seus familiares de frente com a morte, com conseqüências funestas. O surgimento de sintomas, mesmo que escassos e sutis, assim como os procedimentos que se seguem, diagnósticos ou terapêuticos, tais como intervenção cirúrgica, aplicações de rádio e quimioterapia, deixam marcas psicológicas profundas, que podem provocar o desequilíbrio emocional em uma pessoa que após o ato cirúrgico encontra-se desanimada, temerosa, fragilizada, invadida e com novos hábitos intestinais (De Lucia, 2001).

Mais grave vem a ser a situação no caso de portar um estoma, tendo de aceitar o uso de “bolsas repugnantes, cintos e desodorantes como parte da rotina sanitária diária” (Carvalheira, 1999). Com a perda da integridade física devido à abertura de um estoma, que nos casos de câncer é feito de maneira repentina, o paciente fica privado de uma das funções fisiológicas excretoras, em geral perdendo os referenciais de autoimagem e autoestima e assim o tratamento, ainda que conseguindo a cura, imprime suas marcas tanto no plano físico quanto no emocional (De Lucia, 2001).

Por outro lado, segundo Alves (1996), devido a uma atitude pessoal de enfrentamento da doença, algumas pessoas conseguem atribuir um determinado significado ao câncer que originou este novo estado de ser, apresentando resposta adequada de adaptação psicossocial à colostomia permanente.

No Serviço de Cirurgia de Cólon, Reto e Ânus do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, há cerca de quinze anos os pacientes com adenocarcinoma do reto baixo para os quais estaria indicada a ressecção abdômino-perineal do reto (ou amputação de reto, técnica cirúrgica oncológica radical que inclui a realização de colostomia) são tratados, inicialmente, segundo protocolo de rádio e quimioterapia (Habr-Gama et al., 1998).

O objetivo deste modo de tratar o adenocarcinoma do reto distal é proporcionar certo grau de redução do tumor a permitir modificar a programação cirúrgica para procedimento que preserve o aparelho esfintérico. Como resultado deste protocolo de tratamento, parcela significativa desses pacientes não necessita de tratamento cirúrgico complementar, pois o tumor em cerca de 30% das vezes sofre regressão completa (Habr-Gama et al., 2004a); outro contingente é submetido à intervenção sem necessidade de colostomia, sendo que o terceiro grupo necessita ser submetido à amputação de reto (Habr-Gama et al., 2004b).

Recentemente os sobreviventes de longo prazo deste grupo de pacientes foram submetidos à avaliação de qualidade de vida, por meio de aplicação de instrumento da *European Organization of the Treatment and Research of Cancer* – EORTC – que utiliza o *Quality Life Questionnaire-Cancer* para câncer em geral (QLQ-C30) e para câncer retal (QLQ-CR38) e assim verificou-se que o impacto da colostomia na qualidade de vida entre esses pacientes não foi totalmente no sentido de piorá-la, mas em alguns subgrupos de pacientes seu resultado foi melhor do que o daqueles operados sem colostomia isto é, nos quais foi possível extirpar a neoplasia e contudo, conservar o aparelho esfinteriano controlador da continência fecal (Souza, 2003).

No estudo piloto realizado para avaliação clínica da personalidade de pacientes com câncer colorretal (Camargo et al., 2003) observou-se grau significativo de ansiedade em relação ao medo de destruição como traço de personalidade, muito mais entre aqueles que não foram operados e os operados sem colostomia, do que entre os que fizeram colostomia definitiva. Assim, levantou-se a hipótese de que, sob o aspecto emocional que abrange conteúdos inconscientes, os pacientes que fizeram colostomia e que tiveram suas estruturas corpóreas modificadas, ficando definitivamente privados de função fisiológica natural sentem-se, provavelmente, menos ameaçados ou perseguidos pela idéia de reincidência do câncer do que os outros que não foram operados ou operados sem colostomia e que, apesar de terem enfrentado sérias intervenções clínicas e cirúrgicas acabaram por manter suas estruturas corpóreas de certa forma preservadas.

Ainda em relação à verificação do alto grau de ansiedade presente entre os sujeitos pesquisados, neste caso entre os pacientes que fizeram ressecção intestinal anterior, isto é, sem necessidade de colostomia pode-se levantar uma outra hipótese relacionada à questão da perda do controle esfinteriano relatado em grande parte dos casos analisados.

Segundo os autores, a mínima possibilidade de uma descarga intestinal repentina sobre a qual o paciente não consegue obter total controle, traz de forma subjacente, sentimento de vergonha e sensação de desconforto que prejudica o seu relacionamento social, dificulta a formação de novos vínculos e provavelmente provoca o afastamento do convívio familiar, às vezes voluntariamente, quando o paciente pode contar com essa possibilidade de isolamento.

A ciência psicossomática contemporânea enfatiza os fatores psicológicos presentes nas enfermidades e seus tratamentos. Tudo se passa como se as estruturas mentais tivessem capacidade para reagir sobre a infra-estrutura orgânica de que dependem e assim reciprocamente (Delay, 1965). Dessa maneira, modificações na estrutura corpórea podem desencadear diferentes repercussões na dinâmica psíquica podendo alterá-la, em função da mobilização de mecanismos de defesa no sentido de diminuir a ansiedade e preservar o equilíbrio. Segundo Marty (1993), esta perspectiva abre espaço para o estudo do dinamismo de diferentes tipos de personalidade.

Não se trata de uma relação de causa e efeito, devido às singularidades apresentadas pelos indivíduos, mas de uma multiplicidade de fatores entrelaçados entre si: constitucionais, biológicos, tipos de defesas psicológicas empregadas pelo indivíduo, intensidade da emoção desencadeada e conflitos inconscientes (Alexander, 1965).

Os diferentes métodos de tratamento de câncer do reto e sobretudo a operação cirúrgica podem interferir no mecanismo de controle da evacuação e determinar importantes repercussões no contexto biopsicossocial do indivíduo (De Lucia, 2001). A mudança de esquema corporal e o impacto da proximidade com a morte devido à notícia do câncer podem trazer conseqüências emocionais tais como a ansiedade e depressão, diminuição da auto-estima, sentimento de inferioridade e vergonha, desesperança, aumento da raiva e irritação (Leão, 1990).

É de se esperar portanto a ocorrência de processos inconscientes de readaptação buscando superar o sofrimento psíquico muitas vezes determinado pelas modificações orgânica e funcional decorrentes da intervenção cirúrgica. Além disto

cabe ao paciente, de forma consciente ou não, assumir respostas ao desafio criado pela doença, o que exige vontade, decisão, coragem e confiança na busca de recuperar a saúde.

Diante disto comporta, em indivíduos tratados de câncer do reto – com três distintas formas de interferência no mecanismo de controle da evacuação e com graus diferenciados de repercussão morfofuncional – averiguar a existência de diferentes graus de adaptação psíquica; comporta também, a análise nos três grupos de pacientes assim como no conjunto da casuística, da ocorrência de predominância de determinados traços da personalidade em intensidade variável, segundo o referencial adotado na presente investigação, elaborado por Tardivo (1997).

Tais observações poderão contribuir para a valorização do ser humano atingido pela doença, no atual momento em que se busca modelo mais efetivo de atendimento integral à saúde, procurando restaurar todos os valores que eventualmente tenham sido esquecidos mas que, ao serem restabelecidos através de atendimento interdisciplinar adequado, servirão de apoio e guia para uma nova fase na vida das pessoas atingidas pelo câncer colorretal baixo, portadoras ou não de colostomia definitiva

2. OBJETIVOS

Investigar, prospectivamente por meio de procedimento projetivo qualitativo, o dinamismo psíquico e os traços predominantes na personalidade dos pacientes com adenocarcinoma do reto distal submetidos à rádio e quimioterapia como primeira abordagem terapêutica, divididos em três subgrupos um dos quais, não operado pelo desaparecimento completo do tumor, outro que foi também submetido a tratamento cirúrgico que consistiu em amputação abdominal do reto e colostomia definitiva, e um terceiro que foi submetido à retocollectomia abdomino-perineal sem colostomia.

Comparar quantitativamente os resultados obtidos quanto aos traços predominantes na personalidade dos sujeitos que compõem cada um dos três subgrupos – não operados, operados e operados com colostomia – buscando-se expressar a vivência emocional dessas pessoas.

Averiguar, no conjunto dos pacientes, a participação do gênero nas diferenças dos traços de personalidade e conseqüentemente na dinâmica psíquica.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer do reto baixo tem sido motivo de numerosas investigações.

Grumann et al. (2001) em estudo comparativo sobre a qualidade de vida de um grupo de pacientes com diagnóstico de câncer de reto observados de seis a 15 meses após a cirurgia, concluíram, como surpreendente, a existência de um quadro consistente em que os pacientes operados com colostomia (COM) apresentam qualidade de vida superior à dos pacientes operados sem colostomia (SEM).

Aplicando aos resultados da avaliação da qualidade de vida os conceitos psicológicos que fundamentam a abordagem cognitiva de Festinger (segundo o qual crenças e comportamentos podem mudar atitudes), Gruman et al. (2001) sugerem que os operados sem colostomia (SEM) tendem a manter maior expectativa em relação aos resultados positivos da cirurgia com preservação do esfíncter anal. Para os referidos autores, quanto maior a expectativa, maior o desapontamento e, conseqüentemente, a sensação de pior qualidade de vida.

Para os operados com colostomia (COM), mesmo considerando-se o período pós-operatório em geral mais difícil, a expectativa rebaixada em relação ao resultado da cirurgia, devido à preocupação com a vida futura em presença do estoma, poderá fazer com que o desapontamento seja menos expressivo de tal modo que estes pacientes obtenham melhores resultados na avaliação da qualidade de vida.

Sobre o câncer colorretal, qualidade de vida e incontinência fecal neuropática Byrne et al. (2002), da *University of Sydney Surgical Outcomes Research Center, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, New South Wales*, Austrália, realizaram um estudo qualitativo que destacou os itens de qualidade de vida mais valorizados pelo grupo de pacientes pesquisados: autonomia (habilidade para sair de casa), manter contato com amigos, freqüentar *shopping centers* para fazer compras e não ter que se preocupar com a localização da instalação sanitária mais próxima quando estivessem fora de casa, demonstrando o impacto significativo da incontinência fecal nas interações sociais.

Citando Rockwood et al.(*) (2000) para quem a avaliação do cirurgião coloca mais ênfase na freqüência e nos aspectos fisiológicos da incontinência, Byrne conclui que os pacientes, por outro lado, sentem-se mais afetados pelas limitações sociais, profissionais e sexuais trazidas pela impossibilidade de se prever episódios de incontinência.

Souza (2003), investigou a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos à rádio e quimioterapia como primeira abordagem para o tratamento do câncer do reto. Alguns destes doentes não foram operados enquanto outros foram submetidos à intervenção cirúrgica com ou sem colostomia definitiva. Todos os pacientes foram tratados há pelo menos três anos, sem recidiva da doença.

Concluiu que doenças associadas, apesar de comprometer a função física e aumentar os sintomas de dor, dispnéia e fadiga, não prejudicam a qualidade de vida dos pacientes. Para o autor, a toxicidade da radio e quimioterapia não compromete a qualidade de vida a longo prazo, e a qualidade de vida dos pacientes do subgrupo dos

* Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. *Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instruments for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum.* 2000;43:9-17.

não operados (NOP) é superior à dos operados sem colostomia (SEM) e daqueles com colostomia permanente (COM), sendo que a diferença aumenta após cinco anos de seguimento da doença.

A investigação permitiu concluir, ainda, que a qualidade de vida dos doentes operados sem colostomia (SEM) é semelhante à dos operados com colostomia definitiva (COM) e que os pacientes com mais de 70 anos usufruem de qualidade de vida semelhante, independentemente da conduta terapêutica adotada.

Solomon et al. (2003) da Universidade de Sydney, Austrália, investigaram o desejo dos pacientes, as preferências e interferências nas tomadas de decisão quanto ao seu próprio tratamento do câncer colorretal.

Utilizando-se de entrevistas junto aos pacientes que compareciam ao ambulatório e de questionários enviados pelo correio a todos os cirurgiões especialistas em câncer colorretal e médicos oncologistas da Austrália, para que respondessem como se eles mesmos fossem pacientes acometidos por câncer colorretal, verificou-se o seguinte: os pacientes foram capazes de trocar tempo de sobrevida por qualidade de vida.

Houve diferenças significativas entre as respostas dos pacientes e dos cirurgiões. Enquanto estes mostraram-se interessados em evitar a abertura de uma colostomia, os pacientes manifestaram-se muito mais contrários ao tratamento quimioterápico, do que contra a realização da colostomia permanente.

Concluíram que, embora as escolhas feitas pelos pacientes em relação ao seu próprio tratamento nem sempre estejam de acordo com as diretrizes traçadas pelo médico cirurgião, são demandas que devem ser ouvidas e, na medida do possível,

incluídas nas tomadas de decisão a fim de que estes pacientes possam receber tratamento personalizado.

Na França, Rauch et al. (2004) procuraram identificar os fatores que afetam a qualidade de vida dos pacientes que apresentam remissão completa da doença há mais de dois anos após o diagnóstico de câncer colorretal, comparando-os com grupo controle com idades semelhantes, que não haviam recebido diagnóstico de câncer.

Os resultados mostraram que os pacientes relataram menos dor do que aqueles do grupo controle, constituído pela população em geral. Inesperadamente, no entanto, pacientes portadores de estoma relataram melhores condições de relacionamento social do que os operados sem colostomia, com menos ansiedade, revelando autoestima mais alta.

Segundo Tommaso (2003), os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde definem como requisitos básicos para o usufruto de qualidade de vida a capacidade de uma pessoa para trabalhar, para ser independente, para relacionar-se familiar e socialmente, e fruir vida sexual prazerosa. De acordo com o autor, isso implica em bem estar físico, psicológico e social para lutar pelos objetivos em busca da felicidade, a qual encerra um conceito individual, salientado pela subjetividade, e que exige “condição psicológica acurada”.

Buscar o prazer é um componente importante para ser feliz, mas não consiste na felicidade em si. Segundo o autor, “para se alcançar uma vida qualitativamente estável”, faz-se necessário adiar a satisfação imediata do prazer para atingir os objetivos a médio e longo prazos, de tal forma que, quando alcançados, se tornem verdadeiramente prazerosos. “A esta capacidade de adiamento de uma gratificação dá-se o nome de controle emocional” (Tommaso, 2003).

O medo, a agressividade, a ansiedade são estratégias de sobrevivência que homens e animais vêm desenvolvendo com a evolução das espécies. O homem aprendeu a pensar, raciocinar, a prever o futuro e assim, “à mente emocional, composta de respostas arcaicas, bruscas, rápidas soma-se a mente racional, que analisa e leva em consideração todas as variáveis antes de apresentar uma reação e que administra as emoções.”

Assim, o autor deduz que “qualidade de vida, qualquer que seja a concepção, supõe o controle das emoções, equilíbrio emocional, maturidade e autoconhecimento”. Para Tommaso (2003), “a busca da felicidade, da realização pessoal, do bem-estar vital implica, acima de tudo, no equilíbrio psicológico, sem o qual nenhuma competência prevalece.”

Contudo não são freqüentes publicações que relacionem condições emocionais, perfil psicológico ou ainda traços de personalidade de pacientes com a afecção, submetidos às diversas abordagens terapêuticas.

Estudos com enfoque psicológico sobre o comportamento dos pacientes em relação ao câncer muitas vezes podem encontrar certa dificuldade de compreensão pela equipe interdisciplinar, segundo Greer (1988) do *The Royal Marsden Hospital Sutton, Surrey*, no Reino Unido. Parte desta dificuldade deve-se ao uso habitual de jargões obscuros que os psiquiatras dividem com os psicólogos para descrever os vários aspectos do comportamento humano.

Este autor considerou difícil encontrar um termo não ambíguo e suficientemente abrangente que abarcasse os vários aspectos através dos quais os pacientes reagem psicologicamente ao câncer. Assim, “ajustamento mental” foi o

termo considerado mais adequado por oferecer menores possibilidades de interpretação duvidosa.

Os resultados de estudos sobre os efeitos do ajustamento mental ao câncer devem ser divulgados de forma clara e acessível a fim de favorecer a comunicação com os cirurgiões, médicos oncologistas, radiologistas, com a equipe interdisciplinar envolvida no cuidado de pacientes com câncer. Alguns fatores, tais como o crescente número de pacientes que sobrevivem ao câncer e a tecnologia científica que se aperfeiçoa rapidamente em relação aos respectivos tratamentos, têm mobilizado a comunidade científica no sentido de criar uma demanda de estudos que abordem os aspectos psicológicos, incluindo a qualidade de vida das pessoas atingidas pela doença (Greer, 1988).

Para ele, a necessidade de atendimento com visão holística vem a ser a razão mais importante para a observação do rigor científico nos estudos de enfoque psicológico sobre pacientes com câncer. Além disso, têm-se observado que o ajustamento mental ao câncer demonstra prognósticos significativos de tal ordem que as pesquisas, atualmente, vão além do interesse acadêmico ou seja, o objetivo maior é terapêutico assumindo, desta forma, expressiva importância social dada a frequência das afecções malignas.

Um estudo citado por Greer (*) (1988), apresentou diferenças no ajustamento mental em relação ao melanoma cutâneo maligno entre homens e mulheres, após o seguimento da doença entre 18 e 29 meses. Os resultados revelaram que as mulheres respondem com aceitação estóica e os homens com desproteção/desesperança.

* Di Clemente, R.J. and Temoshok, L. *Psychological adjustment to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status. Psychosom. Méd*, 47-81, 1985.

Bekkers et al. (1997), cientistas do *The Netherlands Institute of Primary Health Care, Utrecht*, Holanda, conduziram um estudo prospectivo com quatro anos de seguimento para comparar o processo de ajustamento psicossocial e a taxa de sobrevivência de 59 pacientes portadores de estoma, com 64 pacientes operados sem colostomia.

Foram feitas longitudinalmente três verificações do ajustamento psicológico, primeiramente aos quatro meses, aos 12 meses e finalmente após o quarto ano a partir da data da cirurgia. Análises de covariância demonstraram que no quarto ano após o ato cirúrgico, ambos os grupos experienciaram o mesmo nível de problemas psicológicos.

Aqueles que apresentaram dificuldades de ajustamento aos quatro meses após a intervenção cirúrgica, correram riscos significativamente mais altos de serem excluídos da pesquisa devido à morte ou estados terminais, durante o período de seguimento (um e quatro anos após período pós-operatório). A presença do estoma, segundo esse estudo, não exerceu influência sobre a taxa de risco de exclusão.

Comparada com a ressecção anterior, a amputação do reto parece causar problemas psicossociais significativos particularmente com respeito à sexualidade e ao retorno ao trabalho profissional durante os quatro primeiros meses do período pós-operatório. Um ano depois do ato operatório, porém, essas diferenças não mais puderam ser encontradas.

Segundo os autores, estes resultados comprovam a necessidade de prolongada assistência psicológica ambulatorial em pacientes tratados cirurgicamente de câncer de reto distal ou doenças inflamatórias do intestino.

Ramfelt et al. (2002) do *Karolinska Institutet* na Suécia, procederam a uma exploração das perspectivas emocionais e interacionais sobre o significado da doença em pacientes com câncer colorretal, a fim de ampliar a compreensão dessa afecção na tentativa de aprofundamento dos aspectos emocionais.

O tema principal configurado, após a análise dos dados obtidos, revelou-se através de duas dimensões: a primeira, refere-se aos pacientes cuja representação emocional em relação à doença incluía gratidão, confiança em si e nos outros, com expectativas de conquistar um novo futuro. Estes pacientes mostraram como características pessoais principais a fé e a esperança, auto-estima preservada e olhar voltado para o futuro.

A segunda dimensão refere-se, por outro lado, aos pacientes cuja representação emocional em relação à doença incluía auto-estima alterada, perda de temporalidade e violação da integridade corpórea. Estes revelaram, como características pessoais principais, a presença de conflitos, perda de temporalidade, falta de autonomia, e ausência de esperança e fé. Segundo as autoras, este estudo ofereceu subsídios relevantes para o atendimento na clínica médica e na prática da enfermagem.

Murakami et al. (2004) do *National Cancer Center Research Institute East*, no Japão, estudaram a presença de estresse psicológico após a divulgação do resultado do teste genético sobre o carcinoma colorretal hereditário sem polipose (*Hereditary Nonpolyposis Colorectal Carcinoma* – HNPCC). Concluíram que a informação desse resultado pode não causar estresse psicológico significativo em japoneses pertencentes ao grupo de risco ou aos seus familiares. Mesmo assim, alertam os profissionais de saúde para que procurem obter informações dos aspectos

psicológicos dessas pessoas, a fim de identificar sintomas de estresse pós-traumático (PTSS), e de depressões leves no sentido de otimizar o atendimento à saúde.

Estudo, na área de psico-oncologia, realizado com pacientes que sobreviveram de um a 14 anos após o tratamento completo do câncer colorretal, elaborado por Mullens et al. (2004) da *North Dakota State University*, nos Estados Unidos, teve como objetivo responder à questão da mudança de hábitos de saúde após o recebimento do diagnóstico de câncer colorretal. Concluíram que as pessoas mais jovens tinham maior percepção de risco, preocupação e grande ansiedade. Os sobreviventes de curto prazo, quando comparados com aqueles de longo prazo, relataram grande percepção do risco e pensamentos negativos mais frequentes.

A grande percepção de risco, preocupação e ansiedade, apresentaram correlação positiva com a intenção dos pacientes em adotar mudanças no comportamento no sentido de melhorar as condições de saúde. Acima de tudo, os sobreviventes que, ao contrário, não relataram exagerada percepção de risco não se encontravam excessivamente preocupados ou ansiosos com a possibilidade da recorrência do câncer.

Persson et al. (2004) do *Colorectal Unit, Sahlgrenska University Hospital/Ostra, Department of Surgery, Sahlgrenska Academy at Goteborg University*, na Suécia, pesquisaram a percepção e a reação do cônjuge em relação ao fato de viverem com parceiros que tivessem sido submetidos à cirurgia de câncer de reto com resultante abertura de estoma. Foi utilizada uma análise de conteúdo qualitativo da qual emergiram cinco temas principais: dificuldades de envolvimento com a situação do parceiro; convivência com a incerteza; aprendendo a viver de uma forma nova; o corpo alterado; e a busca de explicações.

O estudo mostrou que os cônjuges exprimiram sentimentos de ansiedade em relação às sérias condições de saúde de seus parceiros portadores de colostomia e à possível metástase do câncer. Após o período de reabilitação, embora a presença do estoma tivesse influenciado a vida desses casais de várias maneiras – descreveram o corpo alterado e um sentimento desagradável ao enxergar o estoma, assim como a dificuldade no autocontrole a fim de que o parceiro não percebesse o mal estar causado pela presença do estoma – foi possível superar os problemas em conjunto com os parceiros e ajudá-los no sentido de que se adaptassem às novas condições fisiológicas.

Os cônjuges mostraram-se completamente envolvidos na prestação de cuidados aos seus maridos e esposas com câncer de reto, protegendo-os e demonstrando empatia. No entanto, a dependência do estoma afetou e restringiu a vida social e familiar desses casais provocando, em alguns casos, certo distanciamento entre eles, prejudicando assim a vida conjugal.

Rozmovits et al. (2004) da Universidade de Oxford na Inglaterra concluíram que a ligação existente entre o controle da evacuação e a constituição do ser adulto tem que ser reconhecida a fim de que os profissionais da saúde e cuidadores possam oferecer formas mais adequadas de orientação e atendimento às pessoas afetadas pelo câncer colorretal.

Segundo as autoras, o diagnóstico e o tratamento do câncer colorretal vincula-se profundamente às questões de função corpórea, procedimentos invasivos e reorientação da vida em torno dos hábitos intestinais, levando-se em conta que a pessoa portadora de estoma atravessa pela segunda vez a experiência da aquisição do

controle sobre a evacuação, cujo aprendizado natural ocorreu previamente ao longo do seu desenvolvimento humano.

As autoras procuraram entender, com maior profundidade, o impacto provocado pelo câncer de reto distal no campo das interações sociais e na noção de “self” (si mesmo), considerando as perspectivas antropológicas e sócio-históricas(*), no sentido de que “o corpo humano é sempre tratado como uma imagem da sociedade” e portanto, o controle do próprio corpo tem que ser entendido como uma expressão do controle social.

No Brasil a psico-oncologia, como área de atuação, é conhecida desde a década de 1980 segundo Carvalho (1998), sendo que sua consolidação ocorreu por ocasião da realização do I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia e III Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia, em 1994, quando foi lançado o livro “Introdução à psiconcologia”(**).

A existência de um câncer, tanto para os clientes como para o público leigo, tem a acepção de uma catástrofe e carrega, nos casos incuráveis, o estigma do prolongamento artificial da vida causando, assim, grandes sofrimentos (De Lucia, 2001).

O impacto do câncer sobre o psiquismo de pacientes portadores de colostomia, estudado pela referida autora, revela as reações psíquicas defensivas mais freqüentes por eles utilizadas: a reação melancólica, quando o paciente se acha culpado pelo câncer; paranóide, quando atribui a responsabilidade da doença a

*

1. Douglas, M.(1982) *Natural Symbols*. New York, Pantheon.
2. Douglas, M. (1985) *Purity and Danger*. London, ARK.
3. Elias N. (1978) *The history of manners* (E. Jephcott,Trans.) Oxford, UK Blackwell, (Original work published 1939)
4. Elias N. (2000) *The civilizing process* (E. Jephcott, Trans.) (Rev. ed.). Oxford, UK: Basil Blackwell. (Original work published 1939)

** M.M.J. Carvalho, Campinas, Editorial Psy, 1994.

alguma outra pessoa ou circunstância; maníaca, quando nega a doença para fugir da angústia, incluindo-se a reação depressiva, isto é, quando o doente se julga incapaz para enfrentar a doença.

Segundo Habr-Gama e Araújo (2001), colostomias e ileostomias estão previstas na abordagem terapêutica de grande número de doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, entre outras.

Assim, os efeitos da abertura de um estoma vêm sendo pesquisados interdisciplinarmente de tal forma que, provenientes da área de enfermagem, contribuições têm sido prestadas em trabalhos de pós-graduação para com a prevenção e tratamento de complicações dos estomas intestinais e urinários - que não necessariamente tenham se originado do câncer colorretal – visando aos cuidados assistenciais, à reabilitação e à busca de qualidade de vida para a pessoa portadora de estoma (Santos e Cesaretti, 2001).

O trabalho piloto de Camargo et al. (2003), procurou investigar traços de personalidade e elementos psicodinâmicos de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo, submetidos a protocolo de radioquimioterapia com três anos de seguimento, sem recidiva da doença, que haviam previamente sido avaliados em relação à qualidade de vida.

Embora não tenha sido possível estabelecer uma relação dialética entre a qualidade de vida e a dinâmica da personalidade do indivíduo, os autores sugeriram o aprofundamento das pesquisas desta linha de trabalho, dirigidas aos aspectos emocionais de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo, em particular àqueles dos candidatos à colostomia e aos próprios portadores de estoma.

Aspectos emocionais de pacientes portadores de colostomia foram considerados por Leão (1990), autor brasileiro, médico, chamando a atenção para o fato de que o interesse médico recai muito mais sobre “as técnicas operatórias dos estomas digestivos (ou urinários) abdominais” enquanto que, mais importante, vem a ser o período pós-operatório “quando o paciente não é mais o doente do apartamento ou da enfermaria número tal, mas já uma criatura ostomizada, assustada, tímida, despreparada para se reinserir na coletividade”, sem possibilidade de obter ao menos algum tempo para se preparar física e psicologicamente, caso tenha sido diagnosticado de câncer de reto.

Para o referido autor, a remoção de vísceras ou membros doentes freqüentemente produz alterações nas funções do organismo, acarretando a deturpação da imagem corporal. As diferentes reações encontram-se condicionadas “pela tessitura psíquica, pelo esqueleto emocional do paciente, do ‘in-divíduo’, como um ser biopsicossocial”.

Alves (1996), estudando aspectos da adaptação psicossocial à colostomia seca permanente, concluiu que se trata de uma atitude subjetiva. A resposta adequada a essa adaptação se deve ao tipo de enfrentamento da doença a partir do momento em que algumas pessoas conseguem atribuir um determinado significado ao câncer do reto, que originou este novo estado de ser.

Levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e no sistema DEDALUS da Universidade de São Paulo com os descritores “câncer colorretal”, “câncer do reto”, “personalidade” e “determinação da personalidade”; “neoplasias colorretais”, “neoplasia do reto” e “psicologia clínica”; “neoplasias do sistema

digestório”, “neoplasias intestinais” e “neoplasias gastrintestinais” com “personalidade” e “determinação da personalidade”, não permitiu encontrar referências de trabalhos publicados no Brasil.

Nas mesmas bases de dados, contudo, utilizando-se do descritor “psico-oncologia”, as referências mostraram trabalhos realizados por psicólogos, relativamente a pacientes com diagnóstico de câncer, abrangendo adultos, idosos, crianças, adolescentes, cuidadores, membros da família e os médicos, inclusive.

Foram encontradas monografias, dissertações e teses, na área da psico-oncologia, que pesquisam diferentes tipos de câncer: mama, hematológico, cabeça e pescoço e de medula.

Em relação à literatura existente no Brasil, comparativamente com a produção realizada em outros países, observa-se a existência de um amplo caminho interdisciplinar a ser trilhado em direção à formação de um corpo de conhecimentos de uso prático para a compreensão dos fenômenos da natureza humana, particularmente os estudos que envolvam, ademais dos aspectos médicos, clínicos, físicos e biológicos, aqueles de ordem emocional, psicossocial, familiar e profissional dos pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo.

4. MÉTODOS

4.1. Casuística

No presente estudo prospectivo selecionaram-se 51 sujeitos, com iguais possibilidades de participação, dentre o grupo de pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma do reto baixo acompanhados na Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 10 de outubro a 12 de dezembro de 2003.

Dentre o grupo selecionado, 15 doentes recusaram-se a comparecer e outros seis não apresentaram resultados que pudessem ser considerados válidos por não estarem em conformidade com os parâmetros estabelecidos para a aplicação dos instrumentos escolhidos para a realização da presente pesquisa.

Foram incluídos no estudo portanto, um grupo de 30 pacientes, sendo 13 mulheres e 17 homens, com diagnóstico de adenocarcinoma do reto baixo tratados com rádio e quimioterapia como primeira abordagem terapêutica os quais, de acordo com as respostas a este tratamento, foram distribuídos em três subgrupos:

- 11 não foram operados (NOP) pois houve regressão completa do tumor após o tratamento inicial;

- nove foram submetidos à ressecção anterior com anastomose colo anal com ileostomia provisória a qual foi posteriormente fechada (SEM);
- 10 submetidos à ressecção abdômino-perineal do reto, resultando em colostomia definitiva (COM).

Assim, foram submetidos à entrevista semi-dirigida e ao procedimento de investigação projetiva todos os pacientes dos três subgrupos, acima descritos, que firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que ainda preencheram as condições estabelecidas pelas normas de aplicação dos instrumentos empregados na presente pesquisa.

Todos os pacientes incluídos haviam recebido o tratamento para adenocarcinoma do reto baixo há pelo menos três anos (Anexo A).

Uma síntese do modo de escolha dos pacientes observados neste estudo está apresentada no Fluxograma (Figura 1).

Fluxograma

Figura 1. Representação esquemática da forma de seleção dos pacientes com adenocarcinoma do reto distal submetidos ao tratamento de radioquimioterapia como primeira abordagem terapêutica

4.2. Instrumentos

Os pacientes que preenchessem os requisitos de inclusão, com iguais oportunidades de participação nesta pesquisa foram procurados pela pesquisadora através de ligação telefônica. Após a explicação de que se tratava de uma pesquisa de psicologia para avaliar as condições emocionais da pessoa, era solicitada a participação voluntária da mesma. Caso aceitasse, era agendada uma sessão individual de atendimento psicológico no Ambulatório do Serviço de Cirurgia de Cólon, Reto e Ânus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, local já freqüentado pelos pacientes, com data e hora que lhes fossem convenientes.

No início da referida sessão apresentava-se e explicava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Caso o entrevistado não concordasse em assiná-lo a entrevista era suspensa e o paciente, por sua vez, excluído da pesquisa.

Para a realização desta investigação científica foram escolhidos os instrumentos seguintes: Entrevista semi-dirigida e Procedimento de Desenhos-Estórias.

A Entrevista semi-dirigida enseja ao paciente a oportunidade de expor seus problemas, sendo que ao mesmo tempo sinaliza um percurso no campo psicológico configurado pelo entrevistador e entrevistado. Iniciada com a solicitação dos dados pessoais, versou basicamente sobre o impacto causado pelo diagnóstico do câncer de reto, situações emocionais relacionadas ao pré e ao pós-operatório, incluindo observação da dinâmica de relacionamento familiar, social e profissional.

Aplicou-se o Procedimento de Desenhos-Estórias introduzido em 1972 (Trinca, 1997). A análise e interpretação do material obtido em cada unidade de produção, dentro das séries realizadas pelos sujeitos, obedeceram o referencial analítico de Tardivo (1997) a qual organizou os traços de elementos presentes no dinamismo da personalidade em sete grupos abrangentes, com base no trabalho inicial de Trinca (Tardivo, 1997).

As entrevistas semi-dirigidas bem como a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias e a análise de conteúdo psicológico foram executados pela Autora a qual, através de Intercâmbio Universitário mantido entre o Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP e o Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP, contou com a colaboração do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social para a supervisão clínica da interpretação dos dados obtidos, bem como para as análises de mais dois examinadores para o enriquecimento dos resultados obtidos por meio da técnica projetiva utilizada na presente pesquisa científica.

A presença de estagiários graduandos da Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo, devidamente identificados pela carteira de estudante emitida pela referida Instituição de Ensino, foi acolhida pelo Departamento de Gastroenterologia e pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a fim de que pudessem participar da observação prática da aplicação de técnica projetiva como complemento auxiliar da formação acadêmica, promovendo a integração da pós-graduação com a graduação.

Os pacientes foram entrevistados em uma sala das dependências do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP,

onde há equipamento mínimo necessário, uma mesa e duas cadeiras e boas condições de iluminação, a permitir a aplicação do procedimento.

Pediu-se ao paciente para sentar-se e ficar à vontade, explicou-se o motivo da solicitação da presença e apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a finalidade de caracterizar, se assinado pelo entrevistado, sua anuência de participação como sujeito de pesquisa.

Após a examinadora sentar-se à frente do paciente foi comunicada a tarefa: “gostaria que a Sra./Sr./Você fizesse uma série de desenhos.” Em seguida, lápis de cor foram espalhados ao acaso sobre a mesa, entre eles o grafite, sendo que uma folha de papel em branco foi colocada, na frente do sujeito, na posição horizontal. Fez-se a solicitação: “pode fazer o desenho que quiser, da maneira como quiser”. Terminado o desenho, pediu-se ainda: “Agora V. vai olhando o seu desenho e inventando uma história, dizendo o que acontece. Pode começar falando sobre o desenho que fez”. Concluída a fase da verbalização passou-se ao inquérito, tanto do desenho quanto da história, para a obtenção de novas associações. Após a conclusão destas etapas pediu-se um título para essa produção que foi, então, retirada da vista do sujeito. Durante o tempo da aplicação tomou-se nota da história, da verbalização do sujeito enquanto desenhava, da ordem de realização das figuras desenhadas, dos recursos auxiliares utilizados pelo sujeito, das respostas da fase de “inquérito”, do título solicitado, bem como de todas as reações expressivas, verbalizações paralelas e outros comportamentos observados durante a aplicação.

Cumprida a tarefa a folha com desenho foi retirada e uma outra folha de papel foi colocada sobre a mesa, sendo que mais um desenho foi solicitado ao paciente com as mesmas instruções dadas para a execução da primeira produção.

Esse procedimento foi repetido até que fossem realizadas cinco unidades esperadas, sendo válido um mínimo de três unidades obtidas na mesma sessão de atendimento, nos casos em que o entrevistado manifestasse não ter vontade em prosseguir. Foi obtido o total de 119 desenhos (Anexo C).

A sessão de atendimento que constou da entrevista, produção dos desenhos e verbalizações teve entre uma hora e meia a duas horas de duração para cada paciente.

O procedimento projetivo que inclui desenho, narrativa da história, inquérito e título da produção realizada, permitiu que se analisasse o conteúdo psicológico de cada unidade de produção.

As referidas análises de conteúdo foram feitas então, a partir da organização de Grupos, numerados de I a VII, e cerca de 34 traços de personalidade, para orientar a interpretação clínica da forma como se segue:

- **Grupo I** – Atitudes básicas, isto é, incluiu tanto as atitudes básicas da pessoa em relação a si própria como em relação ao mundo. Neste grupo foram enumerados cinco traços de personalidade: Aceitação, Oposição, Insegurança, Identificação Positiva e Identificação Negativa.
- **Grupo II** – Figuras significativas que incluem, entre outros, seis traços de personalidade propostos por Tardivo (1997), com base na teoria kleiniana(*) a respeito de relações objetais. Investigou-se o tipo de relacionamento com as figuras paterna, materna, fraterna,(ou seus substitutos) de forma positiva ou negativa, observando-se a qualidade dos vínculos.

* Criada por Melanie Klein, a teoria kleiniana é considerada a principal corrente variante da psicanálise em relação à freudiana, introduzindo pontos de vista originais, considerados por alguns como complementares mas por outros, como controversos. BARROS, E.M.R; BARROS E.L.R., Significado de Melanie Klein, Viver Mente e Cérebro, Memória da Psicanálise nº. 3– Melanie Klein,2005, Edição especial, ISSN 1807-3379 p.7-15.

- **Grupo III** – Sentimentos expressos foram agrupados em três traços configurados a partir dos instintos de vida e de morte, que são constitucionais, e que permitem o estudo dos conflitos decorrentes da predominância ora de um, ora de outro.
- **Grupo IV** – Tendências e desejos. Foram agrupadas as tendências como construtivas, destrutivas e aquelas mais regredidas, como necessidade de suprir faltas básicas.
- **Grupo V** – Impulsos: amorosos e destrutivos.
- **Grupo VI** – Ansiedades: ainda segundo a teoria kleiniana, (Tardivo, 1997), são denominadas paranóides, quando encaradas como uma ameaça e depressivas, quando dirigidas à reparação do objeto ou da relação objetal.
- **Grupo VII** – Mecanismos de defesa são vivências de fantasias inconscientes e representam a melhor solução para os conflitos (de uma forma totalmente inconsciente) com a finalidade de evitar o sofrimento psíquico (Kusnetzoff, 1982). Segundo o referido autor, o conflito psíquico se desenvolve entre uma tendência que procura uma descarga da libido – Id – e uma outra tendência que procura evitá-la – Ego/Superego.

Assim, de acordo com o referencial exposto foi possível analisar cada unidade produzida, obter os traços de personalidade dos sujeitos buscando, então, compreender o dinamismo psíquico de cada um.

Ao final de cada sessão de entrevista foi oferecida a oportunidade de um atendimento individual subsequente – uma sessão devolutiva – em data a combinar, a fim de prestar as informações contidas na síntese interpretativa da análise dos resultados, caso houvesse interesse dos participantes.

4.3. Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram tratados segundo o método clínico-qualitativo para a interpretação psicológica e também de forma quantitativa, procurando sempre seguir as avaliações que a ciência em geral solicita.

O modelo adotado valorizou os sentidos e significados atribuídos pelos pacientes aos períodos do pré e pós operatório, assim como diferenciou as angústias, ansiedades existenciais e tipos de vínculos sociais e familiares.

Através da contagem do número de vezes em que os traços de personalidade manifestaram-se, por meio da análise de conteúdo das unidades de produção, foi possível transformar dados resultantes de interpretação em valores numéricos aos quais aplicou-se o estudo estatístico (Tabela 1).

Quanto aos dados obtidos nas entrevistas foram, algumas vezes, além das fronteiras estabelecidas pela técnica semi-dirigida sendo que, nestes casos, os pacientes tiveram a oportunidade de manifestar uma forma de exposição pessoal que foi considerada como um extravasamento de conteúdos internos.

Assim, esses dados foram resumidos e realizadas várias leituras de modo a se obter uma configuração de temas que permitiram, então, a sua organização e categorização da seguinte maneira:

- impacto emocional causado pelo diagnóstico de câncer no intestino;
- contato emocional com o câncer colorretal e relatos de perdas;
- memórias do período pós-tratamento e questões de adaptação à nova fase de vida.

O material obtido através do Procedimento de Desenhos-Estórias foi interpretado utilizando-se a linha teórica psicanalítica, voltando-se à apreensão dos traços de personalidade destacados por meio da análise do seu conteúdo, assim como dos aspectos formais emergentes dos desenhos e principalmente, das verbalizações as quais foram anotadas e transcritas na íntegra, tendo em vista a construção teórico-epistemológica da pesquisa clínico-qualitativa.

Assim, procurou-se contemplar as sutilezas das características da fala e do comportamento de cada paciente entrevistado, bem como da relação terapêutica que este costuma estabelecer com o examinador, detalhes importantes para conservar as exigências do rigor científico (Turato, 2003).

Considerando-se ainda que o Procedimento de Desenhos-Estórias é uma técnica projetiva e dependente, portanto, de inferências subjetivas, além da análise realizada pela pesquisadora o mesmo material foi submetido às análises levadas a efeito por mais duas consultoras independentes – que nunca mantiveram contato com os sujeitos selecionados – a fim de se enriquecer os dados de interpretação. As referidas especialistas são pesquisadoras do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, do qual faz parte, inclusive, a própria autora.

4.4. Tratamento estatístico

Conquanto a investigação da personalidade dos pacientes tenha sido feita dentro da metodologia clínico-qualitativa, foram aplicados à amostra testes estatísticos não paramétricos com o objetivo de verificar sua homogeneidade.

As técnicas não paramétricas de provas de hipóteses são particularmente adaptáveis aos dados das ciências do comportamento, sendo vantagem importante das mesmas a sua aplicabilidade a pequenas amostras por sua própria natureza, como é o caso da amostra em estudo. Tais provas são conhecidas sob duas denominações, que destacam as razões dessa adaptabilidade e que se seguem.

Técnica da Distribuição Livre, uma vez que sua aplicação não exige o estabelecimento de suposições sobre a distribuição da população da qual tenham sido extraídos os dados para análise, por exemplo não há que verificar se a amostra tem distribuição normal ou não.

Técnica das Provas de Ordenação, uma vez que podem ser aplicadas a dados que não são exatos do ponto de vista numérico, mas que se dispõem em postos ou números de ordem. Nesse caso, os testes estatísticos utilizados são chamados de não-paramétricos.

No caso em estudo foram atribuídos postos ou números de ordem para os traços de personalidade estudados, de acordo com a intensidade manifestada.

Estes dados foram considerados como discretos, sendo que seus níveis de mensuração permitiram a utilização de testes não paramétricos, provas que testam como hipótese se os subgrupos produzem a mesma resposta ou apresentam os mesmos traços de personalidade.

As comparações de cada variável entre as três avaliadoras foram realizadas utilizando-se o teste não paramétrico de *Friedman* (apresentado em χ^2), que analisa os

resultados das análises das três observadoras para cada paciente, independentemente do grupo ao qual o paciente pertença, ou seja, um teste pareado por paciente. Assim, quando não há diferença estatística, quer dizer que o mesmo paciente recebeu avaliação idêntica quando analisado por diversas examinadoras.

Teste de *Kruskal-Wallis*, não paramétrico análogo da análise da variância e que detecta diferenças entre mais de dois grupos, foi utilizado para a obtenção das diferenças estatisticamente significativas dos traços de personalidade dos pacientes dos três subgrupos: não operados (NOP), operados sem colostomia (SEM) e operados com colostomia (COM).

Procedeu-se à caracterização da amostra a fim de se observar a maior concentração de um determinado gênero em algum dos subgrupos, através do teste de qui-quadrado.

Devido ao fato de o gênero feminino encontrar-se numericamente menor no subgrupo SEM, foi feito um remanejamento juntando-se os subgrupos não operados (NOP) e operados com colostomia (COM) para se comparar com o grupo dos operados sem colostomia (SEM).

Para verificar-se se havia, ou não, diferença significativa entre as idades dos sujeitos realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*, para comparação entre os três subgrupos, e o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, considerando-se os gêneros.

O Teste de *Mann-Whitney*, não paramétrico análogo ao teste 't' de *Student*, que detecta diferenças entre dois grupos foi utilizado, também, com a finalidade de verificar a existência de diferenças entre os traços de personalidade de homens (N=17) e mulheres (N=13) que constituem a casuística da presente pesquisa, independentemente do subgrupo terapêutico a que pertencessem.

5. RESULTADOS

Ao entrar na sala de atendimento do Ambulatório do Serviço de Cirurgia de Cólon, Reto e Ânus da Divisão de Clínica Cirúrgica II do Hospital das Clínicas da FMUSP para a entrevista relacionada aos seus aspectos emocionais o paciente, no geral, demonstrou sentir-se à vontade, familiarizado com o local e interessado em saber a razão, propriamente dita, de encontra-se ali.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido na íntegra apenas por um paciente, sendo que os demais preferiram explicações verbais. Não foram feitas perguntas sobre o conteúdo do documento apresentado e todos concordaram em assiná-lo, sendo que dois doentes com idade avançada foram representados pelos filhos que os acompanhavam naquela ocasião e que, com a autorização dos seus genitores, assinaram o TCLE.

Todos haviam sido previamente submetidos a um protocolo de radioquimioterapia, sendo que em 11 pessoas o câncer regrediu completamente vindo a ser desnecessária a complementação cirúrgica (NOP); entre as 19 pessoas que foram operadas, em nove delas foi realizada a ressecção anterior do reto com ulterior fechamento do estoma (SEM) e nas outras 10 houve a necessidade da abertura definitiva de colostomia (COM) por terem sido submetidos à amputação do reto.

Pacientes excluídos por não atenderem às condições metodológicas

Os resultados que não corresponderam estritamente aos parâmetros fixados para a aplicação das Entrevistas semi-dirigidas e do Procedimento de Desenhos-Estórias, por encontrarem-se incompletos ou não válidos, atingiram o número de seis pacientes. Estes foram excluídos da presente pesquisa.

No subgrupo dos NOP:

- falta de condições físicas para desenhar por ser destro, mas não contar com dois dedos (polegar e indicador) da mão direita (73 anos, masc.);
- afirmou não saber desenhar, demonstrando certa irritação diante das solicitações seguintes que lhe foram feitas para isso (64 anos, fem.);
- após desenhar a primeira unidade a paciente demonstrou sinais de profunda mobilização de conteúdos psíquicos; encontrava-se visivelmente emocionada com o próprio relato em que revivia cenas do seu primeiro casamento:

“...o primeiro casamento meu, eu era virgem de quinze anos, casei no padre (na igreja) e ele (o marido) foi embora com um ano de casado. Estava grávida de quatro meses...”

Inclinou a cabeça embranquecida fixando o olhar na mão esquerda e murmurou baixinho:

“Aliança do casamento de agora...”

A recusa em continuar com o procedimento foi acolhida e o restante do tempo de atendimento foi dedicado à escuta do seu discurso, priorizando aspectos de retomada do controle emocional (79 anos, fem.).

No subgrupo SEM:

- recusou-se a desenhar referindo não enxergar sem os óculos (73 anos, masc.);

No subgrupo COM:

- mencionou não saber desenhar e não aceitou a nova solicitação que lhe foi feita (45 anos, masculino);
- o paciente desconhecia que o conteúdo do seu diagnóstico era câncer do reto. Ao ser chamado na sala de espera do ambulatório, o filho que o acompanhava na ocasião entrou sozinho, fechou a porta e apressadamente foi avisando, naquele momento, que o pai até então não sabia que tivera um câncer. Segundo este filho, o pai achava que se tratava de uma doença benigna, e que os familiares encarregavam-se de colaborar para que ele pensasse assim. Diante desse fato a entrevista preliminar não pode configurar-se nos padrões estabelecidos e o paciente, mesmo tendo que ser excluído dos resultados, foi atendido e aceitou desenhar demonstrando participação e interesse além do que se espera para indivíduos da sua faixa etária (81 anos, masc.).

Pacientes contatados que se recusaram a participar da entrevista

Um único paciente pertencente ao subgrupo NOP desmarcou a entrevista por duas vezes, momentos antes da hora agendada. Exerce a profissão de vendedor e referiu grande dificuldade para marcar um horário (43 anos, masc.).

Seis pacientes operados com colostomia - subgrupo COM - não aceitaram participar da presente pesquisa, por diferentes motivos:

- impossibilidade de poder contar com alguém que o acompanhe, pois todos os filhos estão trabalhando (69 anos, masc.);
- falta de tempo (41 anos, fem.);
- impossibilidade de se locomover devido a excesso de peso, foi justificada pela filha (76 anos, fem.);
- impossibilidade de se locomover, o paciente encontra-se acamado devido à falta de condições de saúde, justificado pela esposa (64 anos, masc.);
- dificuldade para viajar em virtude da distância. Procedente de outro estado, a paciente considera a viagem dispendiosa, sendo que aguarda chamada para vir a São Paulo fazer cirurgia da hérnia “que está grande” (65 anos, fem.);
- compromisso de tomar conta dos netos para a filha poder trabalhar. Referiu ser aposentado e ter dificuldades financeiras para alguém substituí-lo (70 anos, masc.).

Observou-se que o número mais elevado de recusas verificou-se entre os sujeitos operados sem colostomia - subgrupo SEM - que perfizeram o total de oito pessoas:

- desmarcou a entrevista e não aceitou outro horário (68 anos, fem.);
- impossibilidade de deixar o laboratório de análises clínicas onde trabalha, em uma cidade do interior paulista. (73 anos, masc.);
- recusou-se a comparecer referindo não querer mais sair de casa (64 anos, fem.);
- referiu viagem para a casa da irmã, sem data definida para voltar (60 anos, fem.);
- justificou que reside no interior paulista, é proprietário de uma casa lotérica e afirmou não ter alguém que possa ficar em seu lugar (72 anos, masc.);
- sofreu recente intervenção cirúrgica no fígado realizada no HC (80 anos, masc.);
- a filha F. pediu para marcar consulta com o médico porque o pai aguarda há dois anos a reversão da colostomia; durante esse período, segundo ela, o pai esteve em São Paulo preparado para operar por duas vezes, de malas feitas, sendo que acabou voltando sem nada a fazer; encontra-se muito deprimido e infeliz; este assunto foi levado ao médico responsável e providenciou-se encaixe para consulta; a filha comprometeu-se a ir buscá-lo em uma cidade distante, no interior paulista (68 anos, masc.);
- reside no interior paulista, está em recuperação de uma cirurgia no pulmão feita no HC (78 anos, masc.).

Entre as 51 pessoas contatadas, 15 não aceitaram comparecer e seis não apresentaram resultados válidos.

Isto posto, a presente casuística foi constituída por um total de 30 pacientes (Anexo A).

O primeiro contato com o paciente

Antes da entrevista, ou enquanto era estabelecido o “*rapport*” com cada paciente, houve manifestações de contentamento e gratidão pelo tratamento que vêm recebendo por parte da clínica de proctologia, através de expressões como:

“Como vai a Dra. A.?...rezo todos os dias para ela! Foi a Dra. A. que me salvou a vida!”. (50 anos, fem. NOP)

“Para mim, a Dra. A. é a Dama da Medicina brasileira!” (65 anos, masc. SEM)

Houve também demonstrações de certo desapontamento pela ausência do Dr. P., cirurgião que encerrou suas atividades no Ambulatório e que anteriormente acompanhava a quase totalidade dos pacientes entrevistados:

“Estou chateado com a saída do Dr. P., ele é um grande médico.”(49 anos, masc. SEM)

“Ele me pediu vários exames e cuidou muito bem de mim.”
(65 anos, masc. SEM)

“Manda um abraço para o Dr. P.!” (66 anos, masc. SEM)

Entrevistas Semi-dirigidas:

A oportunidade de contar um pouco da própria história parece ter mobilizado fantasias que, verbalizadas, deram lugar ao alívio. Ao mesmo tempo, serviram de balizamento para se refletir sobre aspectos da vida dos pacientes, vínculos familiares e sociais os quais se inter-relacionam ao câncer e ao desenrolar da doença.

O fato de procurar saber qual a percepção que o paciente tem dos seus sintomas e conhecer a intensidade do impacto causado pela notícia do câncer abriu um importante espaço para essas pessoas, que pareceram tão pouco acostumadas a falar de si mesmas, sentirem que ainda podem ser ouvidas e não apenas ouvir os ecos do seu próprio pensamento.

Impacto emocional causado pelo diagnóstico de câncer no intestino

Os relatos iniciaram-se com referências aos sintomas físicos, muitas vezes com base em idéias estereotipadas, como por exemplo, de que sangramentos são causados somente pela existência de hemorróidas ou que mudanças de hábitos intestinais não merecem consideração por se tratarem de fatos corriqueiros. O movimento de procurar socorro iniciou-se geralmente em casos de urgência quando o mal estar físico rouba as forças, obnubila a consciência ou ainda, quando a dor impede as atividades da rotina diária.

“Percebi que ao evacuar tinha perda de sangue mas achei que podia ser hemorróidas.” (47 anos, masc. NOP)

“Há dez anos percebi que tinha um fiozinho de sangue quando evacuava.” (63 anos, fem. NOP)

“Nunca senti nada. A vida toda o meu intestino era preso.” (59 anos, fem. NOP)

“Comecei a ir com muita frequência ao banheiro. Saía um pouco de sangue, pensei que fossem hemorróidas.” (68 anos, masc. SEM)

“Seis meses depois (de ter percebido os primeiros sinais) ia para um churrasco mas tive hemorragia e fui direto para o hospital.” (55 anos, masc. SEM)

“Eu tinha sangramento, mas antes, já sentia ferroadada e formigamento...” (64 anos, masc. SEM)

“Fui ao médico achando que estava com hemorróidas.” (76 anos, fem. COM)

“Há treze ou catorze anos comecei a sentir diarreia e dor de barriga”. (63 anos, masc. COM)

“Muito tempo depois (de ter curado um tumor maligno de mama) tive uma hemorragia e fui encaminhada para avaliação na gastroenterologia”. (61 anos, fem. COM)

Algumas pessoas revelaram surpresa diante do diagnóstico, demonstrando alheamento em relação à gravidade de algo que realmente estava a ocorrer com a sua saúde:

“O médico pediu enemopaco e mostrou-se o câncer direto!”

(50 anos, fem. NOP)

“Meu mundo caiu no primeiro instante!” (37anos, masc. NOP)

“Ninguém me contou nada, até que vim fazer radioterapia! Chorava noite e dia!” (48 anos, fem. NOP)

“Há seis anos me apareceu o câncer!” (67 anos, fem. NOP)

“Eu não sentia nada... sempre tive muita saúde!” (63 anos, fem. NOP)

“Recebi a notícia assim... de choque!” (66 anos, masc. SEM)

“Tinha sangramento, fui ao Posto de Saúde e ganhei guia para o hospital e lá o médico deu exame de próstata bom! Ele (o médico de outra Instituição) queria me operar e não me explicou do quê que era!” (64 anos, masc. SEM)

“Perdia um pouco de sangue, pediu exames (...) o resultado da biópsia deu positivo”. (58 anos, masc. SEM)

A falta momentânea de perspectiva para o futuro acabou por dar lugar ao sentimento de medo:

“Quando recebi o diagnóstico de câncer nem ligava para o tumor... minha maior preocupação era a bolsa!” (49 anos, masc. SEM)

Diante da notícia, houve também aquele que se sobrecarregou emocionalmente com a perda de controle da esposa, ao passo que para outro, dividir com a família, bem como entre os colegas de trabalho foi a melhor forma encontrada para amenizar o sofrimento.

“Minha esposa entrou em parafuso!” (60 anos, masc. NOP)

“A notícia foi compartilhada com toda minha família e com os colegas de trabalho. Tenho dó das pessoas que seguram e não querem que os outros saibam que elas têm câncer!” (55 anos, masc. SEM)

De forma ainda que ambivalente, um único paciente expressou o seu temor pela proximidade da morte, revelando pesar e desespero quando fez uma associação livre de pensamento, colocando a professora da infância como uma vítima dos malefícios da guerra.

“Não fiquei chocado porque encaro tudo natural, só que me lembrei de uma professora da quarta série que tinha três irmãos e todos foram para a guerra. Ela chorava de manhã até à tarde.” (73 anos, masc. COM)

Outro relato que dá indícios de defesa inconsciente operando, para atenuar o choque causado pela má notícia, foi aquele em que a paciente referiu ter passado a observar o comportamento do médico (possivelmente projetando nele os seus sentimentos inconscientes), impedindo que seus próprios sentimentos pudessem aflorar, naquele momento, e assim colocar em risco o controle emocional sobre si mesma.

“...fiquei muito apavorada com a agitação do médico de outra Instituição!” (50 anos, fem. NOP).

Contato emocional com o câncer do reto baixo e relatos de perdas

Através de diferentes caminhos, que não os da urgência, outros pacientes chegaram ao Hospital das Clínicas após uma série de consultas demoradas em Postos de Saúde e em consultórios médicos das redes de assistência privada à saúde.

A procura por ajuda mais efetiva pode vir a ser postergada devido ao diagnóstico obscuro ou confuso:

“Sangrava muito, o médico do interior achou que era veia estourada, até que um dia resolveu colher material!” (48 anos, fem. NOP)

“...um médico do Rio deu o diagnóstico de vermes...quando vim para São Paulo o médico do meu filho me encaminhou ao proctologista. Depois vim para as Clínicas e acabei tendo que fazer a colostomia”. (61 anos, masc. COM).

Nas entrevistas, quando os pacientes rememoravam acontecimentos da sua própria história, portanto anteriores ao diagnóstico de câncer, certos fatos relatados aberta e francamente envolveram situações de perdas: dor causada pela morte de alguém querido, desamparo em determinado momento da vida, situação de conflito diante de dificuldades na tomada de decisões, desapontamento diante dos próprios fracassos, assim como frustrações de sonhos que cultivaram para si, para seus filhos ou ainda de expectativas profissionais.

“Tive aborrecimentos quando trabalhava na fazenda e vim para São Paulo... já estava com 44 ou 45 anos...” (79 anos, masc. NOP)

“Tive quatro filhos, um nasceu morto e o outro morreu de câncer aos 30 anos. Três anos depois que meu filho morreu também tive o câncer.” (70 anos, fem. NOP)

“Perdi minha sogra e, pouco depois, meu pai com câncer no estômago.” (56 anos, fem. NOP)

“Oito anos antes, em 84, a gente tinha enfrentado juntos problemas sérios, fiquei mascando freio durante um ano.” (60 anos, masc. NOP)

“Nunca senti nada. Depois que a gente se aposentou eu e meu marido ficamos doentes: ele teve um AVC! Na minha família sempre tem gente morrendo.” (59 anos, fem. NOP)

“Era solteira quando perdi minha mãe, tinha 17 ou 18 anos, e fiquei tomando conta dos meus irmãos. Depois que todos se acomodaram, daí casei”. (50 anos, fem. NOP)

“Na roça as pessoas não davam atenção para quem não tinha mãe. Agora veio essa do intestino, mas já estou boa!” (74 anos, fem. SEM)

“Fui criada num orfanato, vim para São Paulo com 21 anos.” (67 anos, fem. COM)

“Minha mãe faleceu.” (76 anos, fem. COM)

“Tive um trauma com uma das minhas filhas que se meteu com drogas... isso é um mistério da vida que a gente não consegue decifrar.” (67 anos, fem. COM)

“Meu filho tem polineuropatia...” (61 anos, masc. COM)

Memórias do período pós-operatório e as questões de adaptação às condições da vida

Embora livres do aparecimento da doença há três anos ou mais, as imagens verbalizadas sobre a época em que se submeteram ao protocolo de radioquimioterapia, assim como aquelas do período pós-operatório, evocaram momentos marcados pela dor, revelando certa emoção que modelou a forma traumática do desconforto experimentado:

“O que me judiou muito foi o pós-operatório na parte da evacuação. Devia existir uma pomada anestésica mais forte.”

(55 anos, masc. SEM)

“Foi muito difícil a função para evacuar.” (66 anos, masc. SEM)

“Depois da radioterapia fiquei com queimaduras.” (56 anos, fem. NOP)

A passagem do tempo, no entanto, e a adesão ao tratamento ambulatorial, deram lugar, algumas vezes, à sensação de alívio:

“Acho que o mais importante é estar vivo!” (47 anos, masc. NOP)

O atendimento pós-operatório pode deixar na memória certas marcas que permitem revelar a emoção, causada pelo desalento e pela decepção, de uma fase em que a pessoa encontrava-se fragilizada, sendo que neste caso, contando ainda com a abertura de um estoma:

“Estou muito magoado e descrente deste Hospital. Me senti abandonado pelos médicos no pós-operatório. A psicóloga, então, me deixou na mão quando eu mais precisava de apoio!” (63 anos, masc. COM)

Embora alguns dos entrevistados já tenham sido operados há oito anos ou mais, de modo que o câncer ou está definitivamente superado ou vem sendo mantido sob controle, outros encontram-se em acompanhamento clínico há no mínimo três anos, também sem sinais de recidiva da doença.

As verbalizações que refletem certa dificuldade de adaptação às condições da vida, principalmente entre os subgrupos SEM e COM, sugerem que alguns desses pacientes estão encontrando dificuldades no enfrentamento da doença o que poderia ser atribuído à presença de problemas quanto à elaboração do luto pelas perdas que vêm sofrendo ao longo do tempo.

“Estou ficando triste porque vi uma foto minha e me achei muito acabado...” (82 anos, masc. SEM)

“Gostaria de colocar uma prótese peniana mas não tenho condições financeiras para isso...” (62 anos, masc. COM)

“Tive que pôr a bolsinha. Às vezes enche de ar e já vazou na rua.” (76 anos, fem. COM)

“Operei há sete anos e tenho muitos problemas com a bolsa.”

(67 anos, fem. COM)

O fato de nenhum elemento do subgrupo NOP haver manifestado verbalmente dificuldades de adaptação após o diagnóstico de câncer não significa que todos tenham resolvido os problemas emocionais de adaptação psicológica. É possível que dentro do campo psicológico estabelecido entre o paciente e a pesquisadora, a questão do luto não tenha sido significativa de modo a integrar-se às associações livres que foram se desencadeando durante a entrevista.

O tratamento do câncer nem sempre resulta em cura, todavia com o desenvolvimento da área de cuidados paliativos já existe a possibilidade de que o próprio paciente administre a sua medicação, adquirindo assim maior controle e autonomia (Kovács et al., 1998). Sob estes aspectos a questão da adaptação às novas condições de vida mostrou-se através de manifestações verbais positivas, por parte dos sujeitos dos três subgrupos estudados, levando-se em conta que são três modalidades que exigem abordagens diferentes para as condições de adaptação, a fim de atender às necessidades específicas de cada grupo.

Os não operados em geral referiram encontrar apoio e esperança na fé e convicção religiosa.

“Foi o grupo de oração que ajudou e deu muita força para eu vencer essa doença...” (48anos, fem. NOP)

“Depois do tratamento entrei em depressão profunda mas minha fé me salvou, tornei-me evangélica!” (56 anos, fem. NOP)

Nos casos verificados entre os pacientes do subgrupo operados sem colostomia (SEM) certas queixas revelam constrangimento:

“...as fezes são muito moles. A gente põe um paninho, mas às vezes nem suja.” (66 anos, masc. SEM)

Através da verbalização há indícios de condições adequadas de adaptação:

“Operei há sete anos, hoje não tenho problemas com evacuação.” (68 anos, masc. SEM)

“Nunca pensei que não ia dar certo. Sempre acreditei que ia dar certo.” (55 anos, masc. SEM)

Embora com a autoestima levemente rebaixada, através do seu relato o paciente mostra-se adaptado, principalmente se for levado em conta o fator idade:

“Ando me sentindo um pouco gasto. A colostomia não me incomoda em nada...” (82 anos, masc. COM)

Aqueles que se apresentaram com autoestima aparentemente fortalecida revelaram certa adaptação à rotina referente ao manuseio do equipamento da colostomia como um todo, incluindo cuidados com a higiene e dietas alimentares.

Mais importante, apresentaram disponibilidade para o trabalho, desenvolvendo atividades de lazer que reforçam a qualidade de vida e mantêm perspectiva de futuro sinalizando, assim, condições emocionais de acordo com o esperado para as respectivas idades.

“Dou graças a Deus de estar viva, porque a bolsa não me atrapalha em nada! Gosto de passear de metrô, vou a shoppings olhar vitrinas mesmo sem dinheiro pra comprar nada! Tenho certeza de que ainda tenho muito tempo para viver!” (61 anos, fem. COM)

“Saio para passear todos os dias!” (76 anos, fem. COM)

“Não sinto nada: a única coisa é que evacuo por um lugar diferente dos outros!” (86 anos, fem. COM)

“Não tenho nenhum problema de ser assim, ainda trabalho e me sinto muito bem.” (61 anos, masc. COM)

A presença de uma pessoa portadora de doença crônica, mesmo que exista a possibilidade de cura, de alguma forma provoca mudanças que podem desestabilizar os relacionamentos intrafamiliares (Kovács, 1997).

Os dados obtidos nas entrevistas, algumas vezes, revelaram haver disposição para descrever a família em vez de falar sobre ela, fornecendo indícios do emprego de mecanismos de defesa acentuadamente fortes por parte dos pacientes. Verbalizaram, em geral, aspectos superficiais que, provavelmente, estão a serviço de afastá-los do conflito psíquico:

“Tenho dois filhos homens e dois netinhos: uma menina e um menino.” (48 anos, fem. NOP)

“Tenho duas filhas do primeiro casamento e dois netinhos. Do segundo casamento tenho um casal de filhos.” (61 anos, masc. COM)

Por outro lado, a observação clínica evidenciou particularidades sobre relacionamentos que envolvem situações emocionais vividas no seio da família, revelando por parte dos familiares certas atitudes de ironia, falta de compaixão e menosprezo, fazendo com que os pacientes sintam-se culpados pela sua doença padecendo humilhação, desamparo, com dificuldade para conter a própria raiva.

“Sinto apetite sexual e tenho muita tristeza de não poder satisfazer sexualmente a minha esposa que ainda é jovem... Estou cansado de ouvir dela que não adianta tentar porque não vai acontecer nada mesmo...” (62 anos, masc. COM)

“Tenho uma filha de 19 anos que cursa administração e um filho de 17 que cursa colegial. Meu marido vende os salgadinhos que faço. Em casa ninguém me ajuda, posso estar mancando, rastejando... ninguém me ajuda!” (56 anos, fem. SEM)

“Minha neta mora comigo e não colabora nada em casa. É uma parasita! Já me agrediu, dei queixa na delegacia do idoso mas depois retirei a queixa... Não sei o que fazer!” (86 anos, fem. COM)

Resultados da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

A complexidade do resultado obtido por meio da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias pode ser observada no exemplo que apresenta-se a seguir.

Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Iniciais do Paciente: A. A. W. - Reg. HC: 2809166I

Data de Nascimento: 06/04/55 Sexo: Masculino – Idade: 48 anos.

Não operado (NOP)

Entrevista:

O paciente é engenheiro, funcionário público municipal. Casado, tem três filhos, duas meninas e um menino. No início de 1991, tinha 36 anos, percebeu que ao evacuar havia pequena perda de sangue. Achou que podia estar com hemorróidas e procurou uma clínica particular de onde o médico o encaminhou para o Hospital das Clínicas. O mais importante para ele é estar vivo, sendo que atribui o fato de ter tido câncer ao costume de ingerir demasiadamente carne vermelha. Acha que a gordura animal também contribuiu para que o câncer fosse no intestino.

Atendeu de boa vontade nosso chamado, compareceu na hora certa e participou do atendimento psicológico, vivamente interessado.

Unidade de produção 1:

Figura 2. AAW – A menina alegre

1) Dados da observação:

“Não sou artista” (murmurou baixinho). “Engenheiro é mais cálculo, eu deveria ser arquiteto”!

(Silêncio...)

“Pronto!”

2) História:

Paciente: Tem ligação com a minha filha, nascimento, ela se chama A., é uma menina... (desenhou os cabelos, colocou dedos nos pés). Menina gosta muito de

brincar, é caseira, gosta de se relacionar... passear no parque infantil. Gosta de brincar no balanço, no escorregador...

3) Inquérito:

Examinadora: Ela tem algum passatempo favorito?

P: Leitura...

E: Ela tem algum ídolo favorito, alguém que ela sinta admiração?

P: Que eu saiba, não...

4) Título: A menina alegre.

Unidade de produção 2:

Figura 3. AAW – Chácara dos sonhos

1) Dados da observação

Escolheu cuidadosamente o lápis de cor azul e começou a desenhar.

2) História:

P: Um sonho, pode ser? Morar num lugar sossegado, um córrego, um espaço com bastante ventilação, insolação, silêncio... Com árvore não frutífera, de porte sombreado, copa com folhas grandes. Uma casa com a janela da sala onde mora uma família... um riacho...

3) Inquérito:

E: E o quê mais?

P: Nada... só água.

4) Título: Chácara dos sonhos.

Unidade de produção 3

Figura 4. AAW - Brinquedo esperado

1) Dados da observação

Começou desenhando duas circunferências.

2) História:

P: Um garoto ganhou uma bicicleta e era livre para poder conhecer os arredores e se aventurar para conhecer o mundo, se divertir, se deslocar rapidamente. O garoto gostava muito e usava muito a bicicleta porque economizou dinheiro e comprou a bicicleta de um amigo. Ele não levava ninguém junto, saía com os outros garotos na bicicleta verde.

3) Inquérito:

E: E depois, o que aconteceu com essa bicicleta?

P: O menino cresceu, a bicicleta ficou pequena e ele acabou vendendo para o ferro velho.

4)Título: Brinquedo esperado.

Unidade de produção 4

Figura 5. AAW – O gato chuvisco

1) Dados de observação

Escolheu cuidadosamente o lápis marrom e começou a desenhar em silêncio.

2) História:

P: Era uma vez um gato, vivia na casa do menino. Saía para vizinhança e se recolhia para casa e tinha uma caixinha com água e comida. O gato viveu algum tempo lá e depois foi atropelado.

3) Inquérito:

E: E depois, o que aconteceu?

P: Acabou morrendo...

4) Título: O gato chuvisco... (Ficou pensativo.) Era o nome dele. Fez parte da minha vida...

Unidade de produção 5

Figura 6. AAW – A família

1) Dados de observação

Escolheu cuidadosamente o lápis vermelho.

(Silêncio)

2) História:

P: História do... do... rapaz que conheceu esposa e conseguiu formar família, contrapondo sua situação de filho único. Aqui está representada a cōnjuge e a prole. Gostava mais da primeira filha, mas hoje são todos prediletos. A mãe era brava, nervosa, mas contrapõe ao marido que é teoricamente mais calmo.

3) Inquérito:

E: Como assim, teoricamente mais calmo?

P: Ah! Porque algumas vezes tem lampejos de ira, de raiva...

E: O que ele mais gosta de fazer?

P: Viajar... férias escolares, sentir o verão, visitar lugares desconhecidos.

E: Se eles pudessem dizer algo, o que a filha mais velha estaria dizendo para o pai?

P: Possivelmente pedindo para que a ajudasse a se desenvolver, a enfrentar suas dificuldades.

E: ...e o menino, o que estaria dizendo para a mãe?

P: Estaria dizendo que gostaria de brincar, não ter obrigações, incumbências...

E: ...e a pequeninha? O que estaria dizendo para os irmãos mais velhos?

P: Brinquem comigo, prestem atenção, eu existo.

4) Título: A família.

Segundo o referencial adotado (Tardivo, 1997) procedeu-se à análise formal gráfica dos desenhos a partir de estudos de Van Kolck (1984), uma forma complementar de obter subsídios para as interpretações dos traços da personalidade do paciente.

Análise da produção gráfica

Analizando-se os aspectos formais do desenho quanto à posição na folha e o tamanho dos mesmos, pode-se dizer que se trata de uma pessoa criativa dotada de espírito de curiosidade. Diante da vida às vezes apresenta certa passividade e reserva, demonstrando desamparo perante os impulsos que vez por outra o assaltam, o que pode ocorrer devido à imaturidade ou regressão. Não obstante, a análise aponta para ambição com poder de realização mas a dificuldade de contato faz com que sinta necessidade de autonomia e mantenha distância nos relacionamentos, o que vem a dificultar a formação de vínculos.

Em seguida, os traços da personalidade do paciente examinados em cada unidade de produção (UP) e elaborados por meio da análise do conteúdo psicológico, com embasamento na teoria psicanalítica, foram quantificados de modo a permitirem sua visualização em forma de uma tabela, reunindo os resultados das várias UP para cada paciente, da maneira como se segue (Tabela 1).

Tabela 1. Dados brutos relativos à análise dos traços de personalidade do paciente AAW obtidos através da interpretação dos resultados da aplicação do Procedimento D-E

GRUPOS DE TRAÇOS	TRAÇOS DE PERSONALIDADE	UP 1	UP 2	UP 3	UP 4	UP 5	TOTAL
Atitudes básicas	Oposição						0
	Identificação negativa						0
	Insegurança	X	X				2
	Identificação positiva						0
	Aceitação			X	X	X	3
Figuras Significativas	Figura materna positiva						0
	Figura materna negativa						0
	Figura paterna positiva						0
	Figura paterna negativa						0
	Fig. fraterna (e outras) positivas	X	X	X	X	X	5
	Fig. fraterna (e outras) negativas						0
Sentimentos expressos	Derivados do instinto de vida	X		X			2
	Derivados do conflito		X		X	X	3
	Derivados do instinto de morte						0
Tendências e desejos	Tendências construtivas			X			1
	Necessidade suprir faltas básicas						0
	Tendências destrutivas	X	X		X	X	4
Impulsos	Amorosos	X	X	X		X	4
	Destrutivos				X	X	2
Ansiedades	Paranóides		X		X		2
	Depressivas	X		X	X	X	4
Mecanismos de defesa	Idealização		X				1
	Negação	X					1
	Isolamento				X		1
	Deslocamento					X	1
	Regressão	X			X		2
	Onipotência						0
	Dissociação						0
	Projeção						0
	Anulação						0
	Repressão			X		X	2
	Formação reativa						0
	Racionalização						0
	Sublimação						0

Finalmente os resultados foram elaborados e reunidos em uma síntese interpretativa, nos termos em que o paciente pudesse entender seus aspectos psicológicos, isto é, os traços predominantes pelos quais se configura a sua dinâmica psíquica e, por conseguinte, a sua vivência emocional.

Síntese interpretativa

O paciente transmite uma vivência depressiva sob ameaças de perda. Na seqüência dos desenhos mostra-se inicialmente regredido e suas defesas vão enfraquecendo até que a idéia da morte se apresenta intensamente na unidade quatro. A saída para a reorganização completa-se com a unidade cinco na qual assume, então, o lugar de pai e de marido. Embora seja pessoa dotada de espírito de curiosidade, seus sintomas revelam a necessidade de proteção e abrigo, que se expressa por sentimentos de culpa e abandono.

Diante das situações inesperadas volta-se para si mesmo e defende-se regredindo a estágios primitivos, como desejo de receber carinho e atenção para conseguir, assim, o controle da agressividade latente, na tentativa de recuperar-se dos danos provocados pela vivência de morte e tratamento da doença.

Possui recursos internos suficientes para lidar com ansiedades depressivas mas apresenta dificuldade na formação de novos vínculos: o contato com as pessoas é superficial uma vez que encontra-se totalmente devotado à família que construiu para si e com a qual sente-se realizado.

Fechamento:

Foi indicada psicoterapia com o respectivo encaminhamento ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – um serviço gratuito de assistência prestado pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para que AAW pudesse melhorar o autoconhecimento a fim de poder lidar de forma mais adequada com as dificuldades de aspecto emocional que foram desveladas.

O paciente agradeceu, não aceitou a indicação, sendo que justificou-se colocando alguns obstáculos para dirigir-se à Cidade Universitária, local onde funciona o referido Laboratório, por não dispor de tempo suficiente durante sua jornada de trabalho.

Assim, da mesma forma como exposto neste caso exemplificado, os sujeitos que optaram pelo retorno e que receberam as informações sobre as suas condições emocionais, perfizeram um total de sete pacientes.

A análise e a interpretação de cada unidade de produção, de acordo com o tratamento dos dados, foram realizadas individualmente para todos os pacientes incluídos na presente casuística.

O conteúdo psicológico do material produzido por eles foi analisado por três avaliadoras independentes, sendo que os traços de personalidade encontram-se representados numericamente, em seu total e em dados brutos, para que seja observada a intensidade com que os mesmos se manifestaram em relação aos três subgrupos NOP, SEM e COM (Tabela 2).

Tabela 2. Visualização do total dos traços de personalidade analisados pelas três avaliadoras em relação aos três subgrupos de pacientes, em dados brutos

GRUPOS	TRAÇOS	NOP	SEM	COM
Atitudes básicas	Oposição	20	7	25
	Identificação negativa	34	22	46
	Insegurança	41	44	54
	Identificação positiva	34	38	30
	Aceitação	64	49	52
Figuras Significativas	Figura materna positiva	6	7	11
	Figura materna negativa	8	13	10
	Figura paterna positiva	7	11	14
	Figura paterna negativa	8	5	7
	Fig. fraterna (e outras) positiva	65	37	48
	Fig. fraterna (e outras) negativa	16	12	18
Sentimentos expressos	Derivados do instinto de vida	60	53	59
	Derivados do conflito	80	59	67
	Derivados do instinto de morte	26	25	29
Tendências e desejos	Tendências construtivas	75	63	59
	Necessidade suprir faltas básicas	56	56	55
	Tendências destrutivas	31	26	44
Impulsos	Amorosos	93	77	77
	Destrutivos	47	43	64
Ansiedades	Paranóides	64	62	87
	Depressivas	86	68	70
Mecanismos de defesa	Idealização	58	44	52
	Negação	38	24	30
	Isolamento	20	21	19
	Deslocamento	21	13	14
	Regressão	32	33	24
	Onipotência	22	23	29
	Dissociação	44	31	42
	Projeção	79	66	75
	Anulação	21	9	27
	Repressão	22	12	13
	Formação reativa	6	7	6
	Racionalização	16	20	14
	Sublimação	22	33	29

No conjunto dos pacientes, observando-se a participação do gênero, foram obtidos os seguintes dados analisados pelas três avaliadoras, permitindo sua visualização em representação numérica de dados brutos em relação ao gênero (Tabela 3).

Tabela 3. Visualização do total dos traços de personalidade analisados pelas três avaliadoras em relação ao gênero dos pacientes, em dados brutos

GRUPOS	TRAÇOS	FEM	MASC
Atitudes básicas	Oposição	36	22
	Identificação negativa	61	45
	Insegurança	60	70
	Identificação positiva	15	53
	Aceitação	48	86
Figuras Significativas	Figura materna positiva	9	13
	Figura materna negativa	14	18
	Figura paterna positiva	12	14
	Figura paterna negativa	11	13
	Figura fraterna (e outras) positiva	58	81
	Figura fraterna (e outras) negativa	31	16
Sentimentos expressos	Derivados do instinto de vida	48	97
	Derivados do conflito	89	99
	Derivados do instinto de morte	35	40
Tendências e desejos	Tendências construtivas	66	106
	Necessidade de suprir faltas básicas	61	90
	Tendências destrutivas	50	46
Impulsos	Amorosos	76	142
	Destrutivos	78	75
Ansiedades	Paranóides	89	107
	Depressivas	73	119
Mecanismos de defesa	Idealização	64	89
	Negação	35	56
	Isolamento	24	34
	Deslocamento	19	23
	Regressão	37	53
	Onipotência	22	55
	Dissociação	48	54
	Projeção	86	106
	Anulação	30	21
	Repressão	18	30
	Formação reativa	7	9
	Racionalização	19	29
	Sublimação	22	39

Nos casos em que foram observadas concordâncias entre as análises das três avaliadoras, assim como naqueles em que não houve a referida concordância entre elas, os dados obtidos foram destacados separadamente em tabelas respectivas, a fim de se obter visualização mais clara da forma como foram distribuídos (Tabelas 7 a 15).

Caracterização da amostra:

Para a caracterização da amostra foi realizado um teste de qui-quadrado entre os três subgrupos – NOP, SEM e COM - e o gênero, a fim de se observar a existência de maior concentração de um determinado gênero em algum dos subgrupos.

O resultado não significativo do qui-quadrado ($\chi^2 = 2,525$; $p = 0,172$) mostrou que os dois gêneros estão distribuídos aleatoriamente nos três subgrupos (Tabela 4; Figura 7).

Tabela 4. Distribuição dos gêneros entre os três subgrupos de pacientes NOP, SEM e COM

			Gênero		Total
			Fem.	Masc.	
Sub-grupo	NOP	N	7	4	11
		% Gênero	53,8%	23,5%	36,7%
	SEM	N	2	7	9
		% Gênero	15,4%	41,2%	30,0%
	COM	N	4	6	10
		% Gênero	30,8%	35,3%	33,3%
Total	N	13	17	30	
	% Gênero	100,0%	100,0%	100,0%

Figura 7. Distribuição dos gêneros entre os três subgrupos de pacientes, NOP, SEM e COM

Devido ao fato de o gênero feminino encontrar-se numericamente menor no subgrupo SEM, foi feito um remanejamento juntando-se os subgrupos NOP e COM para comparação em relação ao grupo SEM, aplicando-se então o teste de qui-quadrado (χ^2 (teste exato de Fisher) = 2,334; p = 0,229), sendo que o resultado mostrou não haver, nem mesmo neste caso, diferença estatisticamente significativa. Ou seja, o fato do subgrupo SEM constituir-se por duas mulheres não interfere com os resultados da análise dos subgrupos, uma vez que a distribuição dos gêneros não é significativamente diferente entre eles (Tabela 4.1).

Tabela 4.1. Reagrupamento dos subgrupos para verificação de distribuição semelhante entre os gêneros

	Subgrupos		Gênero		Total
			Fem.	Masc.	
Reagrupamento	NOP e COM	N	11	10	21
		% Gênero	84,6%	58,8%	70,0%
	SEM	N	2	7	9
		% Gênero	15,4%	41,2%	30,0%
Total			N	13	30
			% Gênero	100,0%	100,0%

A seguir, realizou-se o teste de comparação das idades (Kruskal-Wallis) entre os três subgrupos e verificou-se que não houve diferença significativa ($\chi^2 = 4,835$; p= 0,089), embora visualizasse-se uma tendência ao aumento da idade, partindo do subgrupo NOP em direção ao subgrupo COM (Tabela 5; Figura 8).

Tabela 5. Comparação entre as idades dos pacientes considerando-se os três subgrupos NOP, SEM e COM

	N	Média	Desvio padrão	Teste K-W	Valor de p
NOP	11	57,82	11,940	4,835	0,089
SEM	9	63,67	10,308		
COM	10	69,20	9,449

Figura 8. Médias estimadas das idades dos três subgrupos para os dois gêneros separadamente.

Ainda em relação à idade, o teste não paramétrico de Mann-Whitney ($Z = -0,25$; $p = 0,820$) mostrou não haver diferença significativa entre os dois gêneros (Tabela 6).

Tabela 6. Verificação da distribuição das idades em relação ao gênero

	N	Média	Desvio padrão	Teste M-W	Valor de p
Feminino	13	64,08	10,789	-0,25	0,802
Masculino	17	62,82	12,120		

Como não foram observadas diferenças significativas tanto entre os gêneros, como entre as idades, as amostras foram analisadas em conjunto, sem a necessidade de se separar por gênero ou corrigir para a idade, método seguido pelas três avaliadoras, as quais passam a ser designadas aleatoriamente por examinadora A, B, e C.

As análises dos traços de personalidade dos pacientes feitas individualmente, por cada uma das três avaliadoras, verificadas por meio do teste de Kruskal-Wallis considerando-se os subgrupos NOP, SEM e COM, não permitiram a identificação de traços de personalidade estatisticamente significativos para os quais houvesse unanimidade de resultados (Anexo D).

No entanto, em relação aos três subgrupos NOP, SEM e COM foram destacados por duas, entre as três avaliadoras, como traços de personalidade estatisticamente significativos, o Mecanismo de Defesa de Projeção para o subgrupo dos operados sem colostomia (SEM) e a Figura Significativa Paterna Positiva para subgrupo dos operados com colostomia permanente (COM) (Tabela 7).

Tabela 7. Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados pelas avaliadoras A e C em relação aos subgrupos NOP, SEM e COM de pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal

Traço de Personalidade	Subgrupo	N	Média	Desvio Padrão	Teste K-W	p
Mecanismo de Defesa de Projeção	NOP	11	0,00	0,000	7,39	0,025
	SEM	9	0,56	0,726		
	COM	10	0,10	0,316		
Figura Significativa Paterna Positiva	NOP	11	0,09	0,302	6,014	0,049
	SEM	9	0,11	0,333		
	COM	10	0,60	0,699		

As médias para cada subgrupo foram calculadas apenas para permitir a avaliação desses valores e não para o Teste de Kruskal-Wallis.

No entanto, realizada a verificação de pareamento entre as três avaliadoras por meio do teste de Friedman, (Anexo E) o resultado mostrou, não haver diferenças significativas para os seguintes traços de personalidade: Oposição, Sentimentos Derivados do Conflito, Ansiedades Paranóides, Mecanismos de Defesa de Anulação e Formação Reativa entre os 34 traços analisados (Tabelas 8 a 11).

Tabela 8. Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo das Atitudes Básicas onde se destaca o traço de personalidade de Oposição que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras

Atitudes Básicas	N	Teste de Friedman χ^2	p
Oposição	30	3,205	0,201
Identificação negativa	30	21,479	0,001
Aceitação	30	46,457	0,001
Identificação positiva	30	24,366	0,001
Insegurança	30	8,674	0,013

Tabela 9. Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo dos Sentimentos Expressos onde se destaca o traço de personalidade Sentimentos Derivados do Conflito que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras

Sentimentos Expressos	N	Teste de Friedman χ^2	p
Derivados do Conflito	30	0,094	0,954
Derivados do Instinto de Morte	30	8,347	0,015
Derivados do Instinto de Vida	30	29,128	0,001

Tabela 10. Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo Ansiedades onde se destaca o traço de personalidade Ansiedades Paranóides que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as interpretações das três avaliadoras

Ansiedades	N	Teste de Friedman χ^2	p
Paranóides	30	3,482	0,175
Depressivas	30	22,272	0,001

Tabela 11. Visualização do Teste de Friedman aplicado ao Grupo Mecanismos de Defesa onde se destacam os Mecanismos de Anulação e Formação Reativa que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as interpretações das três avaliadoras

Mecanismos de Defesa	N	Teste de Friedman χ^2	p
Idealização	30	46,600	0,001
Negação	30	52,242	0,001
Isolamento	30	9,844	0,007
Deslocamento	30	22,377	0,001
Repressão	30	17,582	0,001
Onipotência	30	28,000	0,001
Dissociação	30	30,021	0,001
Projeção	30	54,727	0,001
Anulação	30	3,634	0,163
Sublimação	30	21,978	0,001
Formação Reativa	30	2,923	0,232
Racionalização	30	9,446	0,009
Regressão	30	17,948	0,001

Em relação à participação do gênero (Anexo F), verificada por meio do teste de Mann-Whitney, foram identificados pelas três avaliadoras como estatisticamente significativos os seguintes traços de personalidade: no grupo das Atitudes Básicas, a Aceitação (Tabela 12) e Identificação Positiva (Tabela 13); no grupo de traços Sentimentos Expressos, o traço de personalidade Sentimentos Derivados do Instinto de Vida (Tabela 14).

Tabela 12. Verificação da participação do gênero no traço de personalidade de Aceitação, do grupo Atitudes Básicas, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras individualmente

Avaliadora	Gênero	N	ACEITAÇÃO		Teste M-W	p
			Média	Desvio Padrão		
A	Fem	13	0,23	0,599	-3,145	0,002
	Masc	17	1,53	1,375		
B	Fem	13	3,15	1,214	-2,685	0,007
	Masc	17	4,24	0,831		
C	Fem	13	0,31	0,480	-2,530	0,011
	Masc	17	1,12	0,928		

Tabela 13. Verificação da participação do gênero no traço de personalidade de Identificação Positiva, do grupo Atitudes Básicas, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras

Avaliadora	Gênero	IDENTIFICAÇÃO POSITIVA				
		N	Média	Desvio Padrão	Teste M-W	p
A	Fem	13	0,23	0,439	-3,495	0,001
	Masc	17	1,76	1,251		
B	Fem	13	3,15	1,214	-3,158	0,002
	Masc	17	4,24	0,831		
C	Fem	13	0,08	0,277	-2,84	0,005
	Masc	17	0,71	0,686		

Tabela 14. Verificação da participação do gênero no traço de personalidade Sentimentos Derivados do Instinto de Vida, do grupo Sentimentos Expressos, em pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, identificado como estatisticamente significativo pelas três avaliadoras

Avaliadora	Gênero	SENTIMENTOS DERIVADOS DO INSTINTO DE VIDA				
		N	Média	Desvio Padrão	Teste M-W	p
A	Fem	13	1,38	1,557	-2,354	0,019
	Masc	17	2,59	1,228		
B	Fem	13	1,92	1,038	-2,335	0,020
	Masc	17	3,06	1,249		
C	Fem	13	0,38	0,506	-3,22	0,001
	Masc	17	1,65	1,115		

Na análise realizada para a verificação da participação do gênero nos traços de personalidade de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo foram identificados por uma avaliadora, entre as três indistintamente, os seguintes traços de personalidade estatisticamente significativos: (Tabela 15).

Tabela 15. Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados por uma avaliadora, entre as três, em relação ao gênero dos pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal

Traço de Personalidade	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Teste M-W	p
Oposição	Fem	13	1,46	1,266	-3,186	0,001
	Masc	17	0,24	0,437		
Figura Paterna Negativa	Fem	13	0,54	0,519	-2,049	0,040
	Masc	17	0,18	0,393		
Tendências Construtivas	Fem	13	2,08	1,115	-2,015	0,044
	Masc	17	3,06	1,249		
Mec. Defesa Idealização	Fem	13	3,08	1,115	-2,083	0,037
	Masc	17	3,94	1,029		
Mec. Defesa Projeção	Fem	13	3,15	0,801	-2,377	0,017
	Masc	17	4,06	1,029		
Mec. Defesa Repressão	Fem	13	0,15	0,376	-2,060	0,040
	Masc	17	0,29	0,686		
Mec. Defesa Sublimação	Fem	13	0,85	0,987	-2,882	0,004
	Masc	17	2,00	0,935		

Ainda na análise realizada para verificação da participação do gênero nos traços de personalidade de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo foram identificados por duas avaliadoras, entre as três indistintamente, os seguintes traços de personalidade estatisticamente significativos: (Tabela 16).

Tabela 16. *Traços de personalidade estatisticamente significativos encontrados por duas avaliadoras, entre as três, em relação ao gênero dos pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo*

Traço de Personalidade	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Teste M-W	p
Identificação Negativa	Fem	13	1,23	1,166	-2,011	0,044
	Masc	17	0,47	0,624		
	Fem	13	1,23	0,927	-2,340	0,019
	Masc	17	0,47	0,717		
Figura Fraterna Negativa	Fem	13	0,77	0,832	-3,247	0,001
	Masc	17	0,06	0,243		
	Fem	13	1,23	0,725	-2,25	0,024
	Masc	17	0,59	0,939		
Ansiedades Depressivas	Fem	13	2,23	1,013	-2,686	0,007
	Masc	17	3,53	1,419		
	Fem	13	1,00	0,913	-2,030	0,048
	Masc	17	2,06	1,435		

6. DISCUSSÃO

A presente investigação científica é resultado da integração entre os enfoques físico e psicológico de atendimento à saúde: a visão descritiva médica e a visão dinâmica do funcionamento mental; não se teve portanto, o objetivo de priorizar o estudo da psicogênese do câncer de reto distal, e dedicar-se à investigação das psicopatologias que possam ser decorrentes da incidência de uma doença grave.

Decidiu-se por investigar traços de personalidade das pessoas com diagnóstico de câncer do reto distal, tratados por meio de três terapêuticas diferentes, para se obter uma visão panorâmica do estado emocional em que se encontram eles, após pelo menos três anos de seguimento, em vez de procurar estabelecer um perfil psicológico para esses pacientes.

As pessoas são atendidas regularmente no Ambulatório do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus da FMUSP, cada uma delas abrangendo um enorme continente de escolhas pessoais, relatos de revoltas ou de resignada aceitação; cada uma compreendendo um conjunto de características peculiares que totalizam o indivíduo de forma sem igual.

Procurou-se compreender a pessoa envolta em seu próprio mundo, cercada por suas fantasias, guiada pela busca da satisfação dos desejos embora limitada pelas frustrações, assim como os seus aspectos de inter-relacionamento familiar, de

escolha hétero ou homossexual de um (a) parceiro (a), das relações sociais e de reinserção profissional.

Uma asserção que certamente contempla o esforço despendido na realização desta pesquisa científica pode ser traduzida no dizer de Kovács e Carvalho (1997) quando consideram a importância de se perceber a relação entre aspectos da personalidade e processo de adoecimento: essa percepção

pode se constituir num valioso instrumento de transformação pessoal, levando a pessoa a se tornar mais ativa e potente para lidar com seu mundo interno e, a partir daí, tornar-se mais participante de seus processos existenciais, entre eles o de participar de forma ativa na busca da saúde.

Observar e examinar pessoas procurando desvendar aspectos da dinâmica psíquica, para que seja possível encontrar formas adequadas de intervenção, exige a escolha cuidadosa do método pois, trata-se de destacar as particularidades que fazem da pessoa o ser singular, ao contrário de igualá-las uniformizando-as, encaixando-as em categorias para criar paradigmas comuns.

A utilização do método clínico-qualitativo supõe que a subjetividade do pesquisador tenha decisiva importância no equacionamento do diagnóstico psicológico (Cassorla, 2003). Foram acrescentadas, portanto, as análises de mais duas avaliadoras a fim de que essas contribuições viessem a enriquecer a discussão, esboçando os horizontes para a presente pesquisa científica permanecer nos limites seguros das interpretações.

Conquanto tenha sido possível atingir com profundidade e obter riqueza de detalhes de alguns aspectos da personalidade dos pacientes investigados

individualmente, esses resultados, submetidos posteriormente ao estudo estatístico tanto quanto permitiu a amostra que se provou válida, perderam, pelo menos em parte, a intensidade do conteúdo que pôde ser interpretado através da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias.

Se nas tabelas de dados brutos pode-se visualizar aqueles traços de maior valor numérico e trabalhar com eles ao longo dos sete Grupos de Traços utilizados no referencial adotado (Tabelas 2 e 3), estatisticamente houve a ocorrência de Grupos de Traços que não foram contemplados com nenhum traço de personalidade que fosse significativo (Anexos E e F).

A metodologia qualitativa, utilizada concomitantemente na presente investigação científica, desvendou detalhes subjetivos específicos decorrentes das interpretações, abrindo assim perspectivas que possibilitem aos médicos a compreensão mais ampla dos reflexos de origem emocional, na evolução do tratamento de seus pacientes com diagnóstico de câncer de reto distal, e aos psicólogos o aprofundamento das questões que envolvem certos aspectos relacionados às vivências dos pacientes com diagnóstico deste tipo de câncer e portanto, o direcionamento de rumos mais definidos para a intervenção adequada.

O recurso do estudo estatístico, enquanto enfatizou escassas diferenças significativas entre os traços de personalidade dos pacientes dos subgrupos NOP, SEM e COM, mostrou diferenças suficientemente amplas em relação aos traços de personalidade quando se consideram os gêneros.

Assim, após a leitura de artigos de revistas científicas sobre as pesquisas que vêm sendo realizadas com pacientes que receberam diagnóstico de câncer colorretal e de longa reflexão sobre esse tema, pode-se supor que os resultados submetidos ao

crivo estatístico, embora de certa forma empobrecidos na sua intensidade, permitem afirmações seguras sobre as diferenças significativas encontradas.

Cumprir destacar que todos os traços de personalidade interpretados pelas avaliadoras encontram-se revestidos de igual relevância sob o aspecto clínico, uma vez que permitiram o enriquecimento da construção das idéias em torno dos aspectos psicológicos dos pacientes.

O desempenho dos sujeitos em relação ao Procedimento de Desenhos-Estórias correspondeu ao esperado: não foram verificados problemas de psicomotricidade no grupo de idosos e tampouco dificuldades em relação ao grau de escolaridade - de acordo com o perfil dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas - que viessem a diminuir ou prejudicar a eficácia dos resultados da aplicação do instrumento selecionado. São escassas, contudo, publicações discutindo a participação do nível de escolaridade e da faixa etária nos resultados com a referida técnica de avaliação psicológica.

Na verdade foi uma aventura – enquadrada no método como princípio norteador – que extrapolou os limites das paredes do ambulatório estendendo-se no tempo até onde a memória alcançou, com as entrevistas semi-dirigidas, e até onde a fantasia conduziu, com as aplicações do instrumento selecionado.

A seleção dos pacientes com a variável fixa de intervalo de três anos no mínimo, sem a recidiva da doença, entre o fim do tratamento do câncer e a abordagem psicodinâmica, justifica-se na medida em que este prazo pode ser indicativo da manutenção de fortes vínculos entre o doente e a instituição de saúde.

A constância do comparecimento ao atendimento clínico ambulatorial marcado semestralmente, nesta fase de acompanhamento tardio conforme protocolo

da Instituição, o deslocamento de alguns pacientes procedentes de cidades distantes da Capital – um deles utilizando-se de transporte em ambulância através de serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde – e os demais deslocando-se por conta própria, instalando-se em casa de parentes a fim de poder retornar no dia seguinte às suas cidades de origem, são fatos que comprovam consistente adesão ao tratamento do câncer de reto distal no Serviço de Cirurgia de Cólon, Reto e Ânus da Divisão de Clínica Cirúrgica II do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Mais do que isso, a pesquisadora testemunhou o que pode ser denominado compartilhamento de esperanças, uma espécie de enfrentamento assistido em função da forma pela qual os doentes eram atendidos pelos médicos empenhados a favor da vida, comemorando os sucessos diante dos resultados dos exames, enviando mensagens verbais e não-verbais de força e coragem, evidenciando um tratamento não apenas da doença, mas de um ser humano com personalidade, desejos e expectativas.

E quanto aos fatores psicológicos, o que se pode dizer desse prazo estabelecido como variável fixa, nesta pesquisa científica?

A confiança depositada na figura do médico e a supervisão deste em relação aos cuidados prestados pela equipe multidisciplinar, com destaque aos períodos pré e pós-operatórios, contribuem significativamente para que o paciente diagnosticado de câncer venha a reconhecer suas necessidades essenciais e seja capaz de pedir ajuda de modo a se fortalecer, física e psicologicamente, para enfrentar a doença de uma forma mais positiva durante essa nova fase da sua vida. (Kovács, 1998).

Para Cymrot (1997), a “doença afeta pouco ou muito o sujeito, dependendo de como ele está organizado psiquicamente, e de como foram elaboradas as fantasias e as emoções emergentes.” Memórias contêm vivências emocionais de modo que as experiências atuais e as experiências passadas entrelaçam-se, existindo uma porosidade entre as atividades mentais conscientes e inconscientes.

Segundo a autora citada a atemporalidade do inconsciente, demonstrada por Freud, faz com que a representação temporal da perda mantenha-se dependente da constituição da estrutura da psique e, portanto, imprevisível.

Os seres humanos são diferentes em suas capacidades para sentir, refletir e elaborar questões da busca de satisfação, sendo que “a noção de trauma implica em rastros que ficaram na mente, em vivências e emoções não assimiláveis. Apenas algumas vivências são assimiláveis” (Cymrot, 1997).

Levando-se em conta que o trabalho de luto é variável, a impossibilidade de assimilação do trauma, em certos casos, pode fazer com que a vivência de luto tenha a duração de muitos anos ou ainda que nunca termine, dando lugar, com o passar do tempo, a uma profunda tristeza, desespero e desânimo que se apoderam da pessoa, mantendo como constante o sentimento de solidão (Kovács, 1992).

Kovács (1997), citando Bromberg (1995)(*) e Parkes(1986)(**), aponta alguns fatores complicadores na elaboração de situações de perda:

* Bromberg, MH *Apsicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas, Editorial Psy, 1995

** Parkes, CM *Bereavement studies of grief in adult life*. London, Penguin Books, 1986

o luto adiado, quando o sujeito nega qualquer alteração ou problema;

o luto inibido, quando embora se possa perceber o sofrimento do sujeito, tudo fica como se nada tivesse ocorrido;

o luto crônico, um prolongamento indefinido no processo de luto, sem qualquer possibilidade de elaboração.

O que se sabe, no entanto, é que com o passar do tempo os processos físicos do corpo reagem aos sentimentos de esperança, havendo um renovado desejo de viver. O paciente considerado curado encontra-se melhor do que antes da doença pois, tendo ultrapassado a vivência de um processo de transformação, “conta com novos instrumentos para lidar com a vida” (Kovács e Carvalho, 1997).

A doença tratada pela Ciência Médica ao despertar interesse dos aspectos emocionais, cujo estudo está colocado entre as Ciências Humanas, ensejou o cumprimento de um trabalho na área da saúde, realizado de forma interdisciplinar.

As entrevistas semi-dirigidas permitiram conhecer melhor os pacientes e obter dados relevantes para otimizar o funcionamento da díade médico-paciente, oferecendo uma abordagem diferenciada para falar sobre a doença.

Ao transmitir o diagnóstico de uma doença grave ao seu paciente é possível que o médico, inconscientemente, inclua-se nas fantasias de morte e destruição associadas à palavra “câncer”, por ser aquele que profere a sentença que ninguém quer ouvir.

Apesar da crescente possibilidade de cura do câncer(*) (Gama-Rodrigues, 2003), transmitir a notícia sobre o diagnóstico é ainda uma questão delicada.

A propósito, Murakami et al. (2004) chamam a atenção para o estresse psicológico causado pela informação do diagnóstico de alterações genéticas ligadas ao carcinoma colorretal sem polipose hereditário. Os autores observaram dificuldades emocionais que demandam assistência psicológica, uma vez que foram identificados sintomas de depressão leve e de estresse pós-traumático nos indivíduos pesquisados e em seus familiares.

Expressivo número de pacientes, na presente investigação, relatou a convivência com sintomas como perda de sangue na evacuação, diarreia, intestino preso, ferroadas, formigamento, em presença de baixa intensidade de dor com persistência durante algum tempo, culminando em episódio hemorrágico.

A procrastinação da busca por socorro, decorrente de uma situação de urgência na qual o paciente encontra-se ameaçado pelo medo, dominado por sentimentos de ambivalência, contribuiu para que o mesmo assumisse a si próprio como vítima de perigo iminente, como se estivesse diante de um desastre fatal. Estudo realizado por Hansen et al.(**) (1997), mostrou que mais da metade dos pacientes com diagnóstico de câncer colorretal procuraram o médico cerca de três meses após o aparecimento dos primeiros sintomas.

O acometimento de um mal físico naturalmente elicia variados tipos de sentimentos, entre eles os de fragilidade, e de revolta, os quais passam a acionar mecanismos psicológicos de defesa, fazendo com que o indivíduo procure, de forma

* Gama-Rodrigues J. Comunicação pessoal proferida em reunião científica para a realização do Intercâmbio Universitário entre o Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP e o Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP, em 13 de outubro de 2003.

** Hansen HJ, Morsel-Carlsen L; Bulow S. *Patient's perception of symptoms in colorectal cancer. A cause of delay in diagnosis and treatment, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling, H:S Hvidovre Hospital, Ugeskr Laeger.* 1997 Mar. 24;.159(13): 1941-4 [resumo].

inconsciente, alienar-se da situação de risco, o que poderá dificultar a relação com o médico e, possivelmente, enfraquecer a adesão ao tratamento no período pós-operatório e/ou após o tratamento rádio e quimioterápico.

Dessa forma, as campanhas de prevenção do câncer colorretal, divulgando com clareza as informações dirigidas à população e chamando a atenção para a possibilidade de cura da doença em face do diagnóstico precoce, derrubam certos mitos e tabus que se encontram ainda relacionados aos exames de natureza invasiva, e assumem papel de destaque no âmbito da saúde pública.

De acordo com as entrevistas, mesmo após três anos de tratamento sem recidiva, a história de vida na memória das pessoas apontou para as perdas, frustrações de sonhos, morte de entes queridos e decepções no âmbito do trabalho. Considerando-se em geral livres da doença, os pacientes atribuíram parte da obtenção dessa cura à religiosidade, ao poder da oração, às tendências positivas de pensamento, tendo muito presente a figura do médico como estrela e guia desse trajeto da luta pela vida.

Fato semelhante foi demonstrado em outras investigações científicas como as de Albaugh (2003) e de Fernsler (1999) que deram papel de destaque à espiritualidade como intimamente relacionada ao trajeto do paciente na travessia de uma doença grave, em virtude de proporcionar sentido para a existência e tornar menos intensa a necessidade de atendimento físico em relação ao câncer colorretal.

A observância ao método fez com que fosse excluído o paciente A.C., masculino, 81 anos (COM) que não tinha conhecimento do aspecto maligno da sua doença. Assim, em respeito ao pedido do filho que solicitou discrição sobre o

diagnóstico, o paciente foi atendido e aceitou desenhar demonstrando participação e interesse além do esperado para a sua faixa etária.

Segundo Kovács (1998), a ameaça maior presente na questão de contar ao doente sua situação de diagnóstico de doença grave, “não é o conteúdo da notícia, e sim a expectativa do que vai acontecer depois”. Muitas vezes, o abandono e a solidão é que sinalizam o futuro do paciente acometido por uma doença grave.

Além da Entrevista semi-dirigida selecionou-se o Procedimento de Desenhos-Estórias, uma vez que o processo da avaliação psicológica suficientemente ampla, com instrumentos de análise planejados, é que permite conhecer o perfil psicológico do paciente e elaborar uma síntese interpretativa adequada (Ocampo et al., 1995).

Como verbalização e comportamento durante a entrevista freqüentemente encontram-se sob o controle do sujeito, devido às regras sociais internalizadas, a escolha de um instrumento que se utiliza da técnica projetiva, dentro do enquadramento teórico psicanalítico, segundo Gavião e De Lucia(*) (2002) permite uma “aproximação das barreiras inconscientes subjetivas construídas pelo sujeito.”

Essa aproximação é feita através da atribuição de significado “a fatos de diferentes naturezas: fala, atitudes, acontecimentos e situações” (Doron e Parot, 1998), pelo profissional adequadamente treinado para isso, o qual se utiliza de toda sua estrutura de conhecimentos, procurando manter sempre uma posição emocionalmente isenta e objetiva, tanto quanto possível.

Como a metodologia da presente pesquisa científica emprega também a modalidade qualitativa prevaleceu a idéia de incluir os traços de personalidade, estatisticamente significativos e não significativos, encontrados pelas três

* Gavião, A.C.D.; Souza De Lucia, M.C. Projeto de pesquisa multissetorial temático – sofrimento físico e emocional: um estudo psicanalítico em diferentes especialidades médicas. 2002. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Divisão de Psicologia, São Paulo. p. 55.) [Não publicado]

avaliadoras. Aprofundando-se o conhecimento sobre os traços de personalidade de cada sujeito, permite-se que dados importantes sejam acrescentados por agregar sentido relativamente às angústias e ansiedades presentes nas vivências emocionais, as quais são procuradas (Turato, 2003).

Reunindo-se os fatos de que a análise da avaliadora B não apontou nenhum traço de personalidade estatisticamente significativo, entre os 34 traços estudados, e que as avaliadoras A e C encontraram entre os mesmos, apenas um traço de personalidade estatisticamente significativo em cada uma das suas respectivas análises, significa que os sujeitos dos três subgrupos NOP, SEM e COM revelaram condições emocionais semelhantes.

Clinicamente, no entanto, merecida ênfase deve ser colocada sobre o Mecanismo de Defesa de Projeção para o subgrupo SEM ($p=0,025$), e o traço de personalidade Figura Paterna Positiva para os sujeitos do subgrupo COM ($p=0,049$), porque contribuem para com o entendimento de certas nuances do dinamismo psíquico, moto-contínuo e caleidoscópico que se procura investigar (Tabela 7).

Os pacientes do subgrupo SEM, ao destacarem-se pela utilização do mecanismo de defesa de Projeção, sinalizam certa destrutibilidade interior que, sendo projetada para o mundo externo, faz com que este passe a ser percebido, então, como perseguidor. O extremo do funcionamento psíquico por mecanismo projetivo, segundo Fiori (1981), é a paranóia.

Deve-se destacar no entanto que, clinicamente, não foram observados sintomas e sinais que indicassem a presença dessa forma aguda de neurose nos pacientes submetidos aos instrumentos selecionados.

Entre os indivíduos que não quiseram participar da presente pesquisa, a maior recusa observou-se entre os pacientes do subgrupo SEM, o que conduz à reflexão de que há indícios de que o referido subgrupo, possivelmente, apresente dificuldades de autonomia e, portanto, certa tendência ao isolamento.

Como os processos psicológicos parecem ocorrer sempre paralelamente aos processos fisiológicos ou biológicos básicos, diz-se que “as teorias psicológicas são anaclíticas ao biológico” (Fiori, 1981), ou seja, o sistema biológico funciona como suporte das mesmas.

Assim, se alguém atravessa um episódio cujo sofrimento amplifica-se além do que a estrutura psicológica consegue suportar, reprimir este sentimento e convertê-lo – inconscientemente - sobre o próprio corpo ou projetá-lo para o exterior vem a ser um movimento de auto-preservação psíquica, na tentativa de evitar o enfraquecimento do ego (Piccolo, 1995).

A conclusão do estudo de Byrne et al. (2002), de que os pacientes operados que apresentam incontinência fecal neuropática valorizam como qualidade de vida certas condições que favoreçam a ampla autonomia, sem necessidade de se preocupar com a localização da instalação sanitária mais próxima, pode ser em parte compreendida sob o aspecto psicológico, por meio do mecanismo de defesa da projeção.

As condutas exteriores apresentadas pelos pacientes do subgrupo SEM, que encontram-se afetados pelas limitações sociais, profissionais e sexuais trazidas pela impossibilidade de preverem episódios de incontinência, podem ser consideradas como traduções inconscientes de uma dinâmica psíquica em que predomina a persecutoriedade, eliciando sentimentos de insegurança. A representação simbólica dessas condutas permite a interpretação de que os operados sem colostomia

identificam-se, inconscientemente, como vítimas das vicissitudes da vida a quem pagam um alto preço por encontrarem-se livres da bolsa de colostomia.

Grumann et al. (2001) importam conceitos psicológicos da abordagem da dissonância cognitiva de *Festinger* (segundo a qual crenças e comportamentos podem mudar atitudes) e procedem a uma adaptação desses conceitos aos resultados da avaliação da qualidade de vida observados junto aos pacientes com diagnóstico de câncer colorretal. Segundo os autores citados, os pacientes SEM tendem a manter expectativa maior do que aqueles COM em relação aos resultados positivos da cirurgia e portanto, a sofrerem maior desapontamento revelando, conseqüentemente, piores resultados na avaliação da qualidade de vida.

Em relação aos operados com colostomia COM, mesmo considerando-se o período pós-operatório em geral mais difícil, a expectativa rebaixada em relação aos resultados da cirurgia, devido às preocupações com a vida futura em presença do estoma, pode produzir um desapontamento menos expressivo e, conseqüentemente, segundo os autores, a obtenção de melhores resultados na avaliação da qualidade.

Souza (2003), utilizando-se dos mesmos instrumentos(*) que Grumann et al. (2001), investigou três subgrupos de pacientes que foram submetidos à rádio e quimioterapia como primeira abordagem terapêutica, com três anos de tratamento, no mínimo, sem recidiva da doença. Concluindo que pacientes do subgrupo SEM, assim como aqueles do subgrupo COM, usufruem de condições semelhantes de qualidade de vida, foi mais além pois, para o autor, após os 70 anos de idade, incluindo-se os indivíduos do subgrupo NOP, a qualidade de vida de todos os pacientes é semelhante, independentemente da conduta terapêutica adotada.

* Questionários da *European Organization of the Treatment and Research of Cancer* (EORTC), validado especificamente para avaliar a qualidade de vida dos doentes com câncer em geral (QLQ-C30) e com câncer retal (QLQ-CR38).

Os pacientes do subgrupo COM, ao destacarem-se em relação ao traço de personalidade Figura Paterna Positiva, estatisticamente significativo, encontrado na análise da avaliadora A, revelaram características de personalidade favorecedoras ao relacionamento interpessoal.

Relacionar-se é uma questão subjetiva, que envolve o potencial psicológico próprio de cada um. Na presente investigação de traços de personalidade, mais do que os pacientes do subgrupo NOP e que aqueles do subgrupo SEM, os pacientes do subgrupo COM dispõem de maior potencial para a manutenção de vínculos nos relacionamentos hierárquicos onde um “pai simbólico” é sentido como próximo e gratificante.

Por meio deste traço característico dos pacientes operados COM, o relacionamento com as pessoas da equipe de saúde, mais especialmente as figuras do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) estomaterapeuta, que prestam assistência e cuidados especializados, pode ser interpretado considerando-se componentes de sentimentos “filiais”, uma vez que o fato de portar um estoma elicia fantasias de dependência e magnificam carências emocionais (Leão, 1990).

Os resultados das análises das três examinadoras para cada paciente, independentemente do grupo a que pertença, revelaram avaliação idêntica para certos traços de personalidade que permitem interpretar uma vivência de persecutoriedade, com atitudes de oposição e sentimentos de ambivalência. As defesas empregadas pelos pacientes sugerem condutas manifestas que usualmente apelam para fantasias de conteúdo mágico-onipotente, onde um ato “bom” pode apagar ou anular um ato agressivo prévio (Ocampo et al., 1995). Utilizam-se também defesas que apresentam um alto grau de constância e que levam o sujeito a efetuar algo totalmente oposto

àquilo que inconscientemente quer rejeitar. Como exemplo, tendências agressivas podem provocar, por formação reativa, extremo carinho e cuidado com aquele que se quer agredir (Kusnetzoff, 1982).

A revisão da literatura permitiu concluir que os estudos, sobre avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, acabam quase sempre por tangenciar a questão da emoção que, segundo Sproesser (2004), inclui um repertório de percepções, expressões de sentimentos e alterações físicas propriamente ditas, consistindo em um sentimento privado e subjetivo. Baseando-se nas informações manifestas desses pacientes, os dados são obtidos através da realidade objetiva, fornecendo um conjunto de dados importantes, certamente, que passam pelo crivo da consciência do examinando.

Na presente pesquisa, no entanto, trabalha-se também com o sentido latente da verbalização das fantasias dos pacientes, a fim de se manter um alinhamento paralelo à dimensão dinâmica da personalidade: o significado desse discurso no contexto das fantasias e das cadeias associativas que permeiam a vida dessas pessoas.

A análise interpretativa dos traços de personalidade entre os gêneros masculino e feminino revelou que o câncer de reto baixo afeta mais profundamente as condições psicológicas da mulher (Tabelas 15 e 16). Observou-se a predominância do conceito desvalorizado de si própria, que estende-se com relação ao mundo. A mulher em processo de cura contra o câncer de reto baixo sente-se atingida de forma mais contundente pela fatalidade e, portanto, sente-se severamente punida pela vida.

No entender de Badinter (1985) a mulher é uma personagem relativa pois que se encontra em papel de destaque nas relações familiares, nos encargos domésticos e na carreira profissional sendo, além disso, tridimensional, uma vez que além da casa

e da família é “um ser específico dotado de aspirações próprias que freqüentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho.”

A imagem estereotipada do feminino inclui, entre outras atitudes, aquelas de um ser acolhedor e provedor de alimento derivado do seio materno, de energia para educar, e que preenche as necessidades dos demais elementos da célula familiar.

As mulheres da presente pesquisa, no entanto, descortinam aspectos restritos aos bastidores desse palco estereotipado, pois revelaram atitudes de negativismo, hostilidade, com sentimentos de menos valia, incapacidade, e auto-imagem negativa, que não são próprios do perfil psicológico classicamente encontrado ou idealizado em relação ao gênero feminino.

Embora na presente pesquisa casualmente não tenha sido incluído algum sujeito portador de obesidade, vale citar um estudo que focaliza as disparidades entre homens e mulheres obesos, segundo critério de índice de massa corporal, com diagnóstico de câncer colorretal. Estudo realizado por Heo et al. (2004) concluiu que uma das causas que contribui para que as mulheres encontrem-se menos interessadas do que os homens, na prevenção do câncer de reto distal, encontra-se relacionada a fatores como autoestima e imagem corporal.

Possivelmente a solicitação atual da vaidade, atrelada a uma espécie de culto ao corpo subordinado à tirania da estética que demanda a beleza a qualquer custo, venha a refletir negativamente sobre as representações mentais das mulheres que desenvolveram o câncer de reto distal.

A representação simbólica do abdômen, como lóculo da criação e desenvolvimento vida, em alguns casos dá lugar a um ânus artificial mas, para salvar a própria vida. A saída para essa situação grave, de conflito, talvez possa ser

encontrada através de um caminho aberto pela psicoterapia, como auxiliar da elaboração do trabalho de luto.

O traço de personalidade que destaca a figura paterna como negativa muitas vezes atualiza-se na figura do médico, dando lugar à repetição de antigos paradigmas de relacionamento, inconscientemente fantasiado, acerca da imagem do pai.

Encontrando-se a paciente, no pós-operatório, entregue aos cuidados assistenciais de profissionais do sexo feminino, as emoções afluem, muitas vezes, sob a forma de rivalidade e hostilidade, obstando a prestação de cuidados oferecida pela equipe interdisciplinar.

Desde que a presença desses aspectos seja acolhida pela equipe e que os mesmos sejam verbalizados e discutidos junto à paciente, supõe-se que a tensão nos relacionamentos possa decrescer, estendendo-se aos familiares e colegas de trabalho, facilitando enormemente a recuperação da saúde e reinserção social das mulheres com diagnóstico de câncer do reto baixo.

Quanto aos homens, as atitudes básicas de aceitação e identificação positiva demonstraram, por parte deles, vivência de disposição para enfrentar a luta pela reconquista do equilíbrio da saúde, a pesar das dificuldades de realização sexual apontada por alguns, e os aspectos invasivos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença, percebidos como indesejáveis.

Segundo Gomes (2003), o toque retal é uma prática médica que envolve a penetração e que pode ser lida, no imaginário masculino, como violação, quase sempre associada à dor. “Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado numa parte interdita.”

Considerando-se as influências culturais, o estereótipo masculino do chefe de família, fisicamente ausente durante o dia e cansado à noite, passou a ser reconhecido como representante de uma função primordialmente econômica, que o levou a um distanciamento progressivo do relacionamento familiar (Badinter, 1985). Significa dizer que a concentração das atividades fora de casa acarreta outras preocupações que se manifestam enquadradas em uma moldura ideológica, diferente daquela da mulher.

Na presente pesquisa científica, considerando a participação do gênero, homens e mulheres em tratamento de câncer do reto baixo apresentaram resultado de contraposição àquele obtido por Di Clemente et al.(*) (1985), citado por Greer et al. (1988), que foi realizado entre pacientes com melanoma maligno cutâneo, onde as mulheres responderam com aceitação estóica e os homens com desproteção e desesperança.

Os traços predominantes na personalidade dos homens, revelaram preocupação com o êxito na luta para usufruir de liberdade e autonomia, ao mesmo tempo em que se dá a busca da própria identidade, de conformidade com as novas condições que a vida se lhes impôs (Tabelas 15 e 16).

Embora alguns deles encontrem-se severamente atingidos pelas dificuldades de desempenho sexual, abrigam em geral sentimentos construtivos, derivados de impulsos amorosos, isto é: melhor aceitação das vicissitudes da vida, dos cuidados pessoais e adesão mais positiva ao tratamento médico hospitalar, sugerindo melhores condições de elaboração do trabalho de luto.

* Di Clemente, R.J. and Temoshok, L. *Psychological adjustment to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status.* *Psychosom. Méd.*, 47,81, 1985.

A ansiedade depressiva, como traço de personalidade, revela condições egóicas mais amadurecidas, aspectos mais evoluídos da personalidade ligados à capacidade de reparação, a estados psicológicos de integração, de elaboração da ansiedade persecutória (Hinshelwood, 1992).

Quanto aos mecanismos de defesa empregados pelos homens, não houve unanimidade por parte das avaliadoras, provavelmente devido à subjetividade das interpretações, mas os resultados, válidos clinicamente, devem ser contemplados com interesse científico.

Mulheres e homens que aceitaram colaborar com a presente pesquisa científica não estavam à procura de tratamento psicológico. Observou-se, clinicamente, com raras exceções tratar-se de pessoas que encontram-se em condições de adaptabilidade psíquica de acordo com o esperado e que, portanto, utilizam-se de todo seu elenco de mecanismos de defesa, dependendo da pressão psicológica exercida pela situação com a qual se defrontam.

Os pacientes mais voltados ao relacionamento, comunicativos, naturalmente estavam menos defendidos do que aqueles tímidos, com dificuldade de expressar-se e de se fazer entender. São pessoas que receberam o impacto do diagnóstico de câncer de reto distal há mais de três anos e que não se encontram no período pós-operatório no qual têm de enfrentar a onipresente idéia de morte e as dores físicas decorrentes do processo médico-terapêutico adotado.

O significado, nas presentes condições do tratamento, para o mecanismo de defesa de repressão vem expresso, no entender de Piccolo (1995), onde “a repressão empobrece o ego, na medida em que o limita nas suas funções mnêmicas e perceptivas”. Então, “para evitar a recordação do vínculo temido o sujeito necessita

‘não ver’ aqueles aspectos da realidade e dos objetos externos que poderiam fazer ‘recordar’ ou despertar os impulsos e as necessidades reprimidas”.

Inconscientemente, se o indivíduo deixa de enxergar o que causa dor, então essa dor “passa a não mais existir” para ele. É como se a indiferença concorresse para “apagar” o sentimento de perigo de vida decorrente da presença virtual do câncer do reto baixo.

Deve ser lembrado, no entanto, que o mecanismo de defesa de repressão manifesta-se, inconscientemente, em todas as situações de vida nas quais essa defesa é acionada e, não apenas, em relação ao tratamento da doença.

Interessante observar que, para os homens, os impulsos destrutivos são canalizados para atividades prazerosas que estejam relacionadas com a realização pessoal e que produzam reflexos úteis e positivos no âmbito social (Piccolo, 1995), por meio da utilização do Mecanismo de Defesa de Sublimação.

De fato, os desenhos e verbalizações produzidas pelos homens deixam transparecer o envolvimento com as atividades do dia a dia, revelando processo inventivo e interesse prático: fachada lateral de reforma, planta de casa, dispositivo para recortar a bolsa de colostomia, caminhão para trabalho e “Fusquinha”, como objeto de lazer (Anexo C).

Por outro lado, revelaram-se também mecanismos de defesa mais regredidos como a idealização e a onipotência, que fazem parte do elenco das defesas do período primitivo do desenvolvimento infantil, que, segundo Piccolo (1995), numa etapa mais evoluída do desenvolvimento, adquirem características especiais.

Por exemplo, no remanejamento das suas relações com os acontecimentos da vida, após o adoecimento, o paciente descobre o quanto depende da saúde em bom

estado, e o valor que essa saúde tem para ele. Vivencia, assim, uma situação de ambivalência entre a destruição (falta de saúde, impulsos destrutivos) e a necessidade do ego de conservá-la em favor da vida (existência de saúde, impulsos amorosos).

Sentindo-se vítima da doença destruidora associada a uma morte lenta e demorada, possivelmente diante da dor, o homem idealiza o objeto bom a fim de torná-lo invulnerável, descartando-se da ameaça iminente (Piccolo, 1995).

É possível que o fato de encontrar-se livre do câncer, pelo período de três anos no mínimo, faça com que esse bem estar de saúde venha a ser inconscientemente idealizado, impedindo que o paciente sinta autopiedade e assuma, por conseguinte, a postura de não se preocupar mais com a doença.

A utilização do mecanismo de defesa de onipotência no dinamismo psíquico, previne a mobilização de conteúdos internos, na tentativa de manter a angústia isolada durante a situação de estresse, ao mesmo tempo em que parece alimentar fantasias de controle mágico-onipotente (Piccolo, 1995).

No entanto, pela intensidade com que se manifestaram e pelo menor domínio das fantasias reveladas nas verbalizações, assim como pelo grau de integração dos desenhos, não há indícios de patologia, sendo que os sujeitos encontram-se, segundo a observação clínica psicológica, dentro dos padrões esperados para a média da normalidade.

Sendo assim, a situação dos homens na presente pesquisa sugere que os mesmos encontram-se numa fase mais avançada da elaboração do luto, ou que já superaram as perdas acarretadas pelo diagnóstico e pelo tratamento do câncer de reto baixo.

Diferentemente, em relação às mulheres, o sentimento de culpa pela sobrevivência e o medo de se tornar uma carga para os familiares, parece fazer com que para elas, a elaboração do luto encontre-se numa fase mais primitiva, e portanto ainda não superada.

Os pacientes requerem cuidados psicológicos, pois o câncer é sempre uma doença traumatizante que apresenta conseqüências sobre o dinamismo psíquico da pessoa. Assim, conhecer os aspectos psicológicos que possibilitem entender a dinâmica psíquica dos pacientes e, conseqüentemente, avaliar suas vivências, permite elaborar um programa de intervenção dentro do contexto hospitalar, ao longo do tempo em que se faz o monitoramento da doença.

Dessa maneira o paciente vem a ser contemplado com um desenho de atendimento cada vez mais completo e, portanto, melhor no seu todo – corpo e mente – balizado por necessidades específicas e individuais, de natureza física e psicológica.

7. CONCLUSÕES

Ao se investigar prospectivamente, por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias, os traços predominantes na personalidade e a dinâmica psíquica dos pacientes com adenocarcinoma do reto distal submetidos à radio e quimioterapia como primeira abordagem terapêutica, com seguimento mínimo de três anos, foi possível concluir que:

1. Os pacientes dos três subgrupos, não operados, operados sem colostomia e operados com colostomia permanente encontram-se em condições emocionais semelhantes.
2. As mulheres revelaram autoimagem negativa, desvalorização pessoal, dificuldades nos relacionamentos e no ajustamento psicossocial.
3. Os homens revelaram sentimentos construtivos, possibilidade de elaboração do trabalho de luto e condições de adaptabilidade em relação à dinâmica psíquica.

8. *ANEXOS*

ANEXO A -

Dados clínicos da casuística observada a conduta médica terapêutica.

PACIENTES NÃO OPERADOS - NOP

Nº	Iniciais	Nasc.	Idade	sexo	Nº Registro HC
01	A.A.W.	06/04/55	48	M	2809166I
02	J.A.G.	11/10/66	37	M	2345280C
03	J.B	06/09/24	79	M	3085729C
04	L.O.G.	22/09/44	59	F	3053730D
05	M.D.B.D.	30/06/53	51	F	2891227B
06	M.S.C.	12/05/40	64	F	2922739G
07	M.Y.M	11/01/43	61	M	2877569B
08	N.H.	01/05/36	68	F	3183786B
09	N.M.S.	13/02/48	56	F	3181204C
10	N.M.O.B.	19/12/55	48	F	2800275D
11	T.S.C.	18/10/33	70	F	2821086B

PACIENTES OPERADOS SEM COLOSTOMIA - SEM

Nº	Iniciais	Nasc.	Idade	Sexo	Nº Registro
01	J.C.E.	15/01/45	59	M	3288614H
02	S.M..	10/03/29	74	F	2296187E
03	I.T.H.	11/06/47	56	F	3158185I
04	J.S.R.	27/04/35	68	M	3183209J
05	L.A.B.	24/02/55	49	M	13522790g
06	J.B.B.	31/01/49	55	M	10561
07	AC.	14/07/22	82	M	3230827I
08	G.F.S.	06/12/37	66	M	3209846J
09	D.C.S.	11/07/39	64	M	13571675i

PACIENTES OPERADOS COM COLOSTOMIA - COM

Nº	Iniciais	Nasc.	Idade	Sexo	Nº Registro
01	A.V.	06/07/41	62	M	2916079I
02	C.F.T.	28/04/30	74	M	3255405G
03	D.M.	07/12/27	76	F	2839208C
04	J.P.M.	21/06/22	82	M	2789042D
05	L.M.S.	29/01/37	67	F	2467947F
06	O.J.C.	24/09/42	61	M	3199747J
07	R.A.	11/10/40	63	M	2892891B
08	S.P.D.	17/07/17	86	F	2800027C
09	A.S.R.	01/12/42	61	M	3355438j
10	I.G.B.C.	25/03/42	61	F	3132428j

ANEXO B -

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

“Aspectos da personalidade associados ao tratamento do câncer do reto baixo: abordagem psicodinâmica”.

PESQUISADOR: Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo

CARGO/FUNÇÃO: Pós-Graduanda INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL PSICOLOGIA Nº .58.524/06

UNIDADE DO HCFMUSP: Depto. Gastroenterologia- Programa de Pós-Graduação para não médicos.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 90 dias

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Como expliquei por telefone, sou psicóloga e estou fazendo uma pesquisa para um trabalho de Mestrado no Hospital das Clínicas que está sendo realizado com pacientes aqui do Ambulatório do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus que foram tratados de câncer colorretal, e que estão sendo acompanhados clinicamente. Estamos procurando saber como você está passando sob o ponto de vista emocional e psicológico, para se tentar ajudar tanto você como principalmente ver qual forma de apoio poderemos oferecer aos outros pacientes submetidos a tratamento semelhante ao seu. Não precisa se preocupar pois o que vou pedir não é um teste nem exame que tem que acertar as respostas e não vai ocasionar nenhum sofrimento físico. Para nós aqui não tem resposta certa nem errada. Você pode ficar sossegado e procurar relaxar durante nossa entrevista. Vou colocar esta folha de papel em branco aqui na sua frente e pedir que você faça um desenho para mim, da sua imaginação, como quiser, usando os lápis de várias cores e o de grafite que estão espalhados aqui sobre a mesa. Depois vou pedir que você conte uma história sobre o seu desenho. Depois vou pedir mais alguns desenhos e historinhas, tudo bem? Não precisa saber desenhar coisas bonitas: é como se fosse um passatempo. É conforme aparecer na sua imaginação. Depois, se você quiser saber o resultado da análise dos desenhos nós podemos marcar um retorno.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Isto que estamos fazendo é uma investigação clínica para se ter uma idéia de como é a personalidade da pessoa, isto é, como ela faz para superar - ou não - os problemas causados por ter de enfrentar situações difíceis e tristes. Vou pedir para você fazer primeiramente o desenho, depois contar a história, depois faço algumas perguntas sobre a história ou sobre o desenho, se for preciso e, finalmente, vou pedir que você dê um título para o seu desenho, dê um nome para ele. Vamos repetindo esse procedimento até completar um mínimo de três a cinco desenhos.

3. desconfortos e riscos esperados

Não há possibilidade de você correr nenhum risco para a saúde. Estou aqui prestando toda atenção em você para que possamos evitar qualquer desconforto, e você pode fazer todas as perguntas que desejar durante a entrevista.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Esta entrevista pode trazer benefício pois muitas vezes a pessoa poderá vir a ter alguma compreensão nova de uma certa situação que esteja acontecendo na sua vida, mas que nunca se deu conta, e que talvez poderá mudar, sempre para melhor, o entendimento das mudanças que tenham ocorrido conseqüentes ao tratamento realizado.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

A entrevista proposta representa importante forma de apoio psicológico, não se esperando outras alternativas que possam ser mais vantajosas, do ponto de vista psicológico, para os indivíduos da presente pesquisa.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Você poderá entrar em contato comigo através dos telefones (11)9935-3754 e (11)3758-6165 se tiver alguma dúvida ou se sentir inseguro por ter participado desta pesquisa.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

Poderá retirar o presente consentimento sem prejuízo para a continuidade do acompanhamento médico neste Hospital.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Tudo o que for falado nesta entrevista é absolutamente confidencial e não poderá ser divulgado fora do meio científico e sempre preservará o anonimato. A presença de observador ou estagiário graduando ou pós-graduando só será permitida se você concordar.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Não há a possibilidade de danos físicos ou psicológicos por tratar-se de atendimento psicológico em que são respeitados os limites de mobilização emocional que eventualmente poderão surgir durante a entrevista.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Não havendo possibilidade de danos para a saúde, como o exposto, fica excluída a referida hipótese de indenização.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Profª. Dra. Leila Cury Tardivo – Tel. Celular: 9616-4580

Residência: Rua Conde de Porto Alegre, 1369 - Campo Belo – Tel.: 5561-0671 – São Paulo

Profª. Dra. Angelita Habr-Gama – Tel. Celular: 9405-6991

Residência: Rua Curitiba, 133 – Apto. 92 – Tel.: 3051-8056 – Ibirapuera - São Paulo

Psicóloga Maria Adelaide Gallo Ferreira de Camargo: telefone celular 9935-3754

Residência: Rua Dom Paulo Pedrosa, 673 – Apto. 61-A Telefone: (11) 3758-6165 São Paulo

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Nada a observar

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2004.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO C -

Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias – Unidades produzidas pelos pacientes.

A.V. 62 anos, masc. COM

Desenho 1 - Falta o essencial

Desenho 2 – Deus acima de todas as coisas

Desenho 3 – O caráter do ser humano tem que ser maior que o mundo

Desenho 4 – Se apontar um dedo três apontarão para você

Desenho 5 – Palavra de Deus

Desenho 1 – Uma caixa para guardar roupas e guardar objetos de valor

Desenho 2 – Um dispositivo

Desenho 3 - Mangalarga

Desenho 4 – Sabe que o porco tem raça, né? Este chama caruncho

Desenho 5 – Galo índio

Desenho 1 – A casa dos sonhos da minha prima porque eu não gosto de casa, gosto de apartamento.

Desenho 2 – Árvore de Natal não é... árvore de Natal é charuto...

Desenho 3 – Orgulho da minha pátria!

Desenho 1 – Tatu e cabra.

Desenho 2 – Uma Rei- Momo!

Desenho 3 – Coqueiro com a parasita em volta.

Desenho 1 – Viagem dos sonhos.

Desenho 2 – Sítio relax...

Desenho 3 – A viagem.

Desenho 4 – O quintal da minha casa.

Desenho 5 – Família unida permanece unida.

Desenho 1 – Viagem dos escravos.

Desenho 2 – Reforma de residência.

Desenho 3 – Fim de semana na praia.

Desenho 4 – Jogo de futebol domingo à tarde no campo!

Desenho 5 – Chácara.

Desenho 1 – A liberdade da estrela de Davi porque o pato é livre.

Desenho 2 – É um dia uma estrela de Moisés.

Desenho 3 – O sonho de um profissional.

Desenho 1 – Uma menina moderna, ou melhor: uma vida perdida, estragada, desorientada.

Desenho 2 – Viagem à Holanda.

Desenho 3 – Narciso. A imagem dele.

Desenho 1 – Um passeio no campo.

Desenho 2 – A casa do meu sonho.

Desenho 3 – Minha primeira televisão.

Desenho 4 – A igreja do meu bairro.

Desenho 5 – O passeio da menina.

Desenho 1 – Árvore da esperança. E olha que vou viver muito, hein?

Desenho 2 – A casa da chácara, sei lá!

Desenho 3 – Um sítio com laguinho, peixe, pato brabo...

Desenho 4 – Fazendinha.

Desenho 1 - Tranquilidade

Desenho 2 – Palhaço feliz.

Desenho 3 – Paz no meio da selva de pedra.

Desenho 4 – Conscientização.

Desenho 5 - Festa junina.

Desenho 1 – Um patinho.

Desenho 2 – Casa de repouso.

Desenho 3 – Carro para passear.

Desenho 4 – Cachorro caseiro.

Desenho 5 – Ajato brasileiro.

Desenho 1 – O patinho que não viu a lagoa.

Desenho 2 – Bolsa de carregar documentos.

Desenho 3 – Uma cortina de varanda.

Desenho 4 – Tapete para proteger o chão.

Desenho 5 – Este cabide é para meu uso próprio.

Desenho 1 – Ah! Meu Deus! Em busca dos meus sonhos!

Desenho 2 – A casa que eu quero.

Desenho 3 – Paula e seus vizinhos.

Desenho 1 – Uma casina nel bosco.

Desenho 2 – La notte di Natale.

Desenho 3 – As coisas que eu gosto.

Desenho 1 – Uma pequena propriedade.

Desenho 2 – Um cantinho do sossego.

Desenho 3 – O sítio do conforto.

Desenho 4 – Uma viagem sem rumo, sem hora marcada...

Desenho 5 – Final de campeonato.

Desenho 1 – Uma árvore.

Desenho 2 – Um barquinho muito mixuruco.

Desenho 3 – Mais à tardinha o coelhinho vai levar os ovos para a vovozinha!

Desenho 1 – O vestido não foi usado por quem comprou.

Desenho 2 – As duas colegas.

Desenho 3 – Meu sonho realizado.

Desenho 1 – Um Natal no campo.

Desenho 2 – Termas.

Desenho 3 – Um dia de praia.

Desenho 1 – Hora da graça: a bênção de Deus.

Desenho 2 – Jesus virá em sua glória!

Desenho 3 – Fuga do Egito, passagem do Mar Vermelho

Desenho 1 – Uma casa no campo.

Desenho 2 – Não coma o que não conhece.

Desenho 3 – Auto-conhecimento.

Desenho 4 – Organização.

Desenho 5 – Viagem prazerosa.

Desenho 1 – Lembrança da minha infância.

Desenho 2 – Uma esperança!

Desenho 3 – Falta de solidariedade.

Desenho 4 – A fé que eles têm não vai morrer porque eles têm esperança de encontrar a mãe.

Desenho 1 – Xuxa.

Desenho 2 – Uma casa do interior.

Desenho 3 – Pato assanhado.

Desenho 1 - Que tem uma utilidade.

Desenho 2 – Uma boa lembrança.

Desenho 3 – A minha infância foi maravilhosa aí nesse lugar.

Desenho 1 – Brincando de dado.

Desenho 2 – A rosa ta em busca de um coração amigo.

Desenho 3 – Estrela do universo que está torta.

Desenho 4 – O dia que Jesus foi crucificado na cruz.

Desenho 1 – Meu lugar onde gostaria... a fase posterior ao trabalho.

Desenho 2 – A obra da minha vida, o que realizei, o legado.

Desenho 3 – A mente humana.

Desenho 4 – O desconhecido.

Desenho 1 – Exemplo da natureza.

Desenho 2 – Um passeio no campo.

Desenho 3 – Lembrança do meu raminho querido.

Desenho 1 – Este caminhão Ford.

Desenho 2 – Esta casa é a mais bonita do bairro.

Desenho 3 – Essa é a minha terapia.

esta estação que
eu faço minha
canida Feijão
Doce e outra mais

Desenho 4 – O fogão da minha comida.

Desenho 1 – O encontro divino.

Desenho 2 – Meu encontro com meu cunhado.

Desenho 3 – Meu passatempo.

Desenho 4 – Brinquinho.

Desenho 5 – O paciente saindo do hospital.

ANEXO D -

Valores do teste de Kruskal-Wallis para subgrupos de pacientes NOP, SEM e COM com diagnóstico de câncer de reto distal, obtidos pelas três avaliadoras A, B e C

AVALIADORA A

Atitudes Básicas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Oposição	NOP	11	0,82	0,751	0	2	3,607	0,165
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	1,20	1,549	0	4		
Ident. negativa	NOP	11	0,55	0,820	0	2	5,430	0,066
	SEM	9	0,44	0,527	0	1		
	COM	10	1,40	1,174	0	4		
Aceitação	NOP	11	1,27	1,489	0	4	0,679	0,712
	SEM	9	0,78	0,972	0	3		
	COM	10	0,80	1,317	0	4		
Ident. positiva	NOP	11	0,91	1,221	0	3	3,619	0,164
	SEM	9	1,78	1,394	0	4		
	COM	10	0,70	0,949	0	3		
Insegurança	NOP	11	1,82	1,250	0	3	2,682	0,262
	SEM	9	1,67	1,225	0	3		
	COM	10	2,70	1,703	0	5		

Figuras Significativas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Figura Fraterna Positiva	NOP	11	0,82	0,751	0	2	0,048	0,976
	SEM	9	0,89	0,782	0	2		
	COM	10	0,90	0,994	0	3		
Figura Fraterna Negativa	NOP	11	0,36	0,505	0	1	2,269	0,322
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,60	0,966	0	3		
Figura Paterna Positiva	NOP	11	0,09	0,302	0	1	6,014	0,049
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,60	0,699	0	2		
Figura Paterna Negativa	NOP	11	0,27	0,647	0	2	0,545	0,762
	SEM	9	0,33	0,500	0	1		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Figura Materna Positiva	NOP	11	0,00	0,000	0	0	2,603	0,272
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Figura Materna Negativa	NOP	11	0,36	0,674	0	2	1,764	0,414
	SEM	9	0,78	0,833	0	2		
	COM	10	0,60	0,699	0	2		

Sentimentos Expressos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Derivados do Conflito	NOP	11	2,45	1,440	0	5	0,717	0,699
	SEM	9	2,22	1,394	0	4		
	COM	10	2,00	0,816	1	3		
Derivados do Instinto de Morte	NOP	11	1,09	1,221	0	3	1,604	0,448
	SEM	9	1,11	0,928	0	3		
	COM	10	1,60	1,075	0	3		
Derivados do Instinto de Vida	NOP	11	2,18	1,940	0	5	0,009	0,996
	SEM	9	1,89	0,928	0	3		
	COM	10	2,10	1,449	0	5		

Tendências e Desejos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Tend. Destrutivas	NOP	11	1,45	1,293	0	3	2,020	0,364
	SEM	9	1,33	1,118	0	3		
	COM	10	2,20	1,317	0	5		
Tend. Construtivas	NOP	11	2,73	1,737	0	5	2,075	0,354
	SEM	9	2,89	1,364	0	5		
	COM	10	2,20	1,549	1	5		
Necessidade de suprir faltas básicas	NOP	11	1,36	1,120	0	3	1,019	0,601
	SEM	9	1,89	1,167	0	3		
	COM	10	1,60	1,265	0	4		

Impulsos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Destrutivos	NOP	11	1,64	1,120	0	3	2,360	0,307
	SEM	9	1,56	1,130	0	3		
	COM	10	2,40	1,174	1	5		
Amorosos	NOP	11	3,00	1,549	0	5	0,367	0,832
	SEM	9	3,22	1,093	1	5		
	COM	10	2,90	1,287	1	5		

Ansiedades								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Paranóides	NOP	11	2,00	1,342	0	5	4,146	0,126
	SEM	9	2,67	1,225	0	4		
	COM	10	3,00	1,155	1	5		
Depressivas	NOP	11	2,91	1,375	1	5	0,114	0,945
	SEM	9	3,00	1,225	1	5		
	COM	10	2,80	1,317	1	5		

Mecanismos de Defesa								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Idealização	NOP	11	3,64	1,027	2	5	0,259	0,878
	SEM	9	3,44	0,882	2	5		
	COM	10	3,60	1,506	1	5		
Negação	NOP	11	2,91	1,136	1	5	0,606	0,739
	SEM	9	2,56	0,527	2	3		
	COM	10	2,50	1,581	0	5		
Isolamento	NOP	11	1,27	1,009	0	3	1,889	0,389
	SEM	9	0,67	0,866	0	2		
	COM	10	1,10	1,287	0	4		
Deslocamento	NOP	11	1,27	1,104	0	3	1,647	0,439
	SEM	9	0,67	0,707	0	2		
	COM	10	1,00	0,943	0	3		
Repressão	NOP	11	1,27	1,348	0	3	0,186	0,911
	SEM	9	1,00	1,118	0	3		
	COM	10	1,10	1,101	0	3		
Onipotência	NOP	11	1,45	1,572	0	5	0,961	0,618
	SEM	9	1,89	1,167	0	3		
	COM	10	1,80	1,687	0	5		
Dissociação	NOP	11	2,18	1,250	0	4	0,194	0,907
	SEM	9	2,11	1,054	0	3		
	COM	10	2,60	1,430	1	5		

Mecanismos de Defesa (continuação)								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Projeção	NOP	11	3,55	1,293	1	5	0,746	0,689
	SEM	9	3,22	0,833	2	4		
	COM	10	3,60	1,265	1	5		
Anulação	NOP	11	0,73	0,786	0	2	3,411	0,182
	SEM	9	0,33	0,707	0	2		
	COM	10	1,30	1,418	0	4		
Sublimação	NOP	11	0,73	0,905	0	2	2,623	0,269
	SEM	9	1,56	1,236	0	3		
	COM	10	1,00	1,414	0	3		
Formação reativa	NOP	11	0,18	0,405	0	1	2,341	0,310
	SEM	9	0,67	1,000	0	3		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Racionalização	NOP	11	0,09	0,302	0	1	3,838	0,147
	SEM	9	0,89	1,364	0	4		
	COM	10	0,70	1,059	0	3		
Regressão	NOP	11	1,18	1,401	0	4	2,343	0,310
	SEM	9	1,78	0,972	1	3		
	COM	10	1,10	0,876	0	2		

AVALIADORA B

Atitudes Básicas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Oposição	NOP	11	0,18	0,405	0	1	1,447	0,485
	SEM	9	0,44	0,527	0	1		
	COM	10	0,60	1,075	0	3		
Ident. negativa	NOP	11	1,64	1,120	0	3	2,040	0,361
	SEM	9	1,44	1,014	0	3		
	COM	10	2,30	1,418	0	4		
Aceitação	NOP	11	3,82	0,982	3	5	0,071	0,965
	SEM	9	3,89	0,782	3	5		
	COM	10	3,60	1,578	0	5		
Ident. positiva	NOP	11	1,82	1,471	0	5	0,55	0,973
	SEM	9	1,89	1,965	0	5		
	COM	10	1,90	1,370	0	4		
Insegurança	NOP	11	0,82	1,079	0	3	1,479	0,477
	SEM	9	1,33	1,225	0	3		
	COM	10	1,40	1,350	0	4		

Figuras Significativas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Figura Fraterna Positiva	NOP	11	2,55	1,036	1	4	3,009	0,222
	SEM	9	1,67	1,500	0	4		
	COM	10	1,80	1,814	0	5		
Figura Fraterna Negativa	NOP	11	0,27	0,467	0	1	1,670	0,434
	SEM	9	0,56	0,726	0	2		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Figura Paterna Positiva	NOP	11	0,45	0,688	0	2	1,758	0,415
	SEM	9	0,89	0,782	0	2		
	COM	10	0,70	0,823	0	2		
Figura Paterna Negativa	NOP	11	0,45	0,522	0	1	2,830	0,243
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,40	0,516	0	1		
Figura Materna Positiva	NOP	11	0,45	0,688	0	2	0,827	0,661
	SEM	9	0,44	0,726	0	2		
	COM	10	0,80	1,033	0	3		
Figura Materna Negativa	NOP	11	0,36	0,505	0	1	0,122	0,941
	SEM	9	0,56	1,014	0	3		
	COM	10	0,30	0,483	0	1		

Sentimentos Expressos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Derivados do Conflito	NOP	11	2,45	1,440	0	5	0,434	0,805
	SEM	9	2,11	1,167	0	4		
	COM	10	2,40	1,430	0	5		
Derivados do Instinto de Morte	NOP	11	0,55	0,522	0	1	3,878	0,144
	SEM	9	1,33	1,000	0	3		
	COM	10	0,70	0,823	0	2		
Derivados do Instinto de Vida	NOP	11	2,45	1,368	0	5	0,035	0,983
	SEM	9	2,67	1,581	1	5		
	COM	10	2,60	0,966	1	4		

Tendências e Desejos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Tend. Destrutivas	NOP	11	0,55	0,688	0	2	2,385	0,303
	SEM	9	1,11	0,928	0	3		
	COM	10	1,10	1,101	0	3		
Tend. Construtivas	NOP	11	2,45	1,128	1	5	0,613	0,736
	SEM	9	2,78	1,302	1	5		
	COM	10	2,70	1,494	0	5		
Necessidade de suprir faltas básicas	NOP	11	2,27	1,555	0	5	0,469	0,791
	SEM	9	2,22	1,093	1	4		
	COM	10	1,90	0,994	0	3		

Impulsos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Destrutivos	NOP	11	0,73	0,905	0	2	2,551	0,279
	SEM	9	1,44	1,014	0	3		
	COM	10	1,50	1,650	0	5		
Amorosos	NOP	11	3,36	1,120	2	5	0,034	0,983
	SEM	9	3,22	1,394	1	5		
	COM	10	3,20	1,619	0	5		

Ansiedades								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Paranóides	NOP	11	1,64	1,120	0	4	3,437	0,179
	SEM	9	1,89	1,364	0	4		
	COM	10	2,90	1,663	1	5		
Depressivas	NOP	11	3,09	1,300	1	5	0,061	0,970
	SEM	9	2,89	1,616	0	5		
	COM	10	2,90	1,449	0	5		

Mecanismos de Defesa								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Idealização	NOP	11	0,73	1,009	0	3	2,007	0,367
	SEM	9	0,78	0,833	0	2		
	COM	10	1,20	0,919	0	3		
Negação	NOP	11	0,45	0,820	0	2	0,976	0,614
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,30	0,675	0	2		
Isolamento	NOP	11	0,27	0,467	0	1	0,595	1,037
	SEM	9	1,00	1,500	0	3		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Deslocamento	NOP	11	0,27	0,647	0	2	1,450	0,484
	SEM	9	0,56	1,014	0	3		
	COM	10	0,20	0,632	0	2		
Repressão	NOP	11	0,18	0,405	0	1	0,159	0,924
	SEM	9	0,22	0,667	0	2		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Onipotência	NOP	11	0,27	0,905	0	3	0,557	0,757
	SEM	9	0,22	0,667	0	2		
	COM	10	0,50	1,080	0	3		
Dissociação	NOP	11	1,45	1,635	0	5	0,272	0,873
	SEM	9	1,00	1,118	0	3		
	COM	10	1,20	1,398	0	4		

Mecanismos de Defesa (continuação)								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Projeção	NOP	11	3,64	1,120	2	5	0,221	0,895
	SEM	9	3,56	0,882	2	5		
	COM	10	3,80	1,135	2	5		
Anulação	NOP	11	1,00	1,183	0	3	2,426	0,297
	SEM	9	0,33	0,500	0	1		
	COM	10	1,00	1,054	0	3		
Sublimação	NOP	11	1,09	0,944	0	3	3,081	0,214
	SEM	9	1,89	0,928	0	3		
	COM	10	1,60	1,250	0	4		
Formação reativa	NOP	11	0,00	0,000	0	0	2,267	0,322
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Racionalização	NOP	11	1,27	1,348	0	4	3,577	0,167
	SEM	9	1,00	0,866	0	2		
	COM	10	0,40	0,699	0	2		
Regressão	NOP	11	1,18	1,328	0	4	1,604	0,448
	SEM	9	1,44	0,882	0	3		
	COM	10	0,90	0,876	0	2		

AVALIADORA C

Atitudes Básicas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Oposição	NOP	11	0,82	0,982	0	3	4,54	0,103
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,70	0,823	0	2		
Ident. negativa	NOP	11	0,91	1,044	0	3	1,26	0,531
	SEM	9	0,56	0,882	0	2		
	COM	10	0,90	0,738	0	2		
Aceitação	NOP	11	0,73	1,009	0	3	0,23	0,893
	SEM	9	0,78	0,833	0	2		
	COM	10	0,80	0,789	0	2		
Ident. positiva	NOP	11	0,36	0,505	0	1	0,42	0,810
	SEM	9	0,56	0,726	0	2		
	COM	10	0,40	0,699	0	2		
Insegurança	NOP	11	1,09	0,944	0	3	2,76	0,252
	SEM	9	1,89	1,167	0	4		
	COM	10	1,30	0,949	0	2		

Figuras Significativas								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Figura Fraterna Positiva	NOP	11	2,55	1,440	1	5	2,08	0,354
	SEM	9	1,56	0,882	0	3		
	COM	10	2,10	1,729	0	5		
Figura Fraterna Negativa	NOP	11	0,91	0,944	0	2	0,44	0,801
	SEM	9	0,67	0,707	0	2		
	COM	10	1,00	1,054	0	3		
Figura Paterna Positiva	NOP	11	0,09	0,302	0	1	0,85	0,653
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	0,10	0,316	0	1		
Figura Paterna Negativa	NOP	11	0,00	0,000	0	0	1,21	0,547
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,10	0,316	0	1		
Figura Materna Positiva	NOP	11	0,09	0,302	0	1	0,02	0,989
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,10	0,316	0	1		
Figura Materna Negativa	NOP	11	0,00	0,000	0	0	1,21	0,547
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,10	0,316	0	1		

Sentimentos Expressos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Derivados do Conflito	NOP	11	2,36	1,286	0	5	0,00	1,000
	SEM	9	2,22	1,302	0	4		
	COM	10	2,30	1,059	1	4		
Derivados do Instinto de Morte	NOP	11	0,73	0,905	0	2	1,22	0,544
	SEM	9	0,33	0,707	0	2		
	COM	10	0,60	0,843	0	2		
Derivados do Instinto de Vida	NOP	11	0,82	0,751	0	2	0,74	0,692
	SEM	9	1,33	1,323	0	4		
	COM	10	1,20	1,229	0	3		

Tendências e Desejos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Tend. Destrutivas	NOP	11	0,82	0,874	0	2	2,11	0,349
	SEM	9	0,44	0,726	0	2		
	COM	10	1,10	1,101	0	3		
Tend. Amorosas	NOP	11	1,64	1,120	0	3	1,63	0,442
	SEM	9	1,33	1,500	0	4		
	COM	10	1,00	0,667	0	2		
Necessidade de suprir faltas básicas	NOP	11	1,45	1,036	0	4	1,83	0,402
	SEM	9	2,11	1,167	1	4		
	COM	10	2,00	1,333	0	4		

Impulsos								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Destrutivos	NOP	11	1,91	0,944	0	3	1,82	0,403
	SEM	9	1,78	1,302	0	3		
	COM	10	2,50	1,080	1	4		
Amorosos	NOP	11	2,09	1,578	0	4	0,74	0,690
	SEM	9	2,11	1,453	0	4		
	COM	10	1,60	1,174	0	4		

Ansiedades								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Paranóides	NOP	11	2,18	1,079	1	4	1,31	0,519
	SEM	9	2,33	1,118	1	4		
	COM	10	2,80	1,317	1	5		
Depressivas	NOP	11	1,82	1,328	0	4	0,90	0,638
	SEM	9	1,67	1,500	0	4		
	COM	10	1,30	1,252	0	4		

Mecanismos de Defesa								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Idealização	NOP	11	0,91	0,944	0	3	1,84	0,398
	SEM	9	0,67	0,707	0	2		
	COM	10	0,40	0,516	0	1		
Negação	NOP	11	0,09	0,302	0	1	2,05	0,359
	SEM	9	0,00	0,000	0	0		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Isolamento	NOP	11	0,27	0,467	0	1	2,15	0,341
	SEM	9	0,67	0,707	0	2		
	COM	10	0,60	0,699	0	2		
Deslocamento	NOP	11	0,36	0,505	0	1	0,82	0,664
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Repressão	NOP	11	0,55	0,820	0	2	5,30	0,071
	SEM	9	0,11	0,333	0	1		
	COM	10	0,00	0,000	0	0		
Onipotência	NOP	11	0,27	0,905	0	3	2,19	0,335
	SEM	9	0,44	0,726	0	2		
	COM	10	0,60	0,966	0	3		
Dissociação	NOP	11	0,36	0,505	0	1	0,21	0,900
	SEM	9	0,33	0,500	0	1		
	COM	10	0,40	0,843	0	2		

Mecanismos de Defesa (continuação)								
		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste K-W	p
Projeção	NOP	11	0,00	0,000	0	0	7,39	0,025
	SEM	9	0,56	0,726	0	2		
	COM	10	0,10	0,316	0	1		
Anulação	NOP	11	0,18	0,405	0	1	0,53	0,768
	SEM	9	0,33	0,500	0	1		
	COM	10	0,40	0,843	0	2		
Sublimação	NOP	11	0,18	0,405	0	1	0,06	0,970
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	0,30	0,675	0	2		
Formação reativa	NOP	11	0,36	0,505	0	1	3,96	0,138
	SEM	9	0,00	0,000	0	0		
	COM	10	0,20	0,422	0	1		
Racionalização	NOP	11	0,09	0,302	0	1	1,42	0,491
	SEM	9	0,22	0,441	0	1		
	COM	10	0,30	0,483	0	1		
Regressão	NOP	11	0,55	0,688	0	2	0,17	0,918
	SEM	9	0,44	0,527	0	1		
	COM	10	0,40	0,516	0	1		

ANEXO E -

Verificação de pareamento utilizando-se o teste de Friedman para os 34 traços de personalidade dos pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo com tratamento da doença durante três anos no mínimo.

Atitudes Básicas

Atitudes Básicas	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Oposição	30	3,205	0,201
Identificação negativa	30	21,479	0,001
Aceitação	30	46,457	0,001
Identificação positiva	30	24,366	0,001
Insegurança	30	8,674	0,013

Figuras significativas

Figuras Significativas	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Figura Fraterna Positiva	30	26,894	0,001
Figura Fraterna Negativa	30	12,109	0,001
Figura Paterna Positiva	30	13,127	0,001
Figura Fraterna Negativa	30	6,950	0,031
Figura Materna Positiva	30	13,000	0,002
Figura Mraterna Negativa	30	13,227	0,001

Sentimentos expressos

Sentimentos Expressos	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Derivados do Conflito	30	0,094	0,954
Derivados do Instinto de Morte	30	8,347	0,015
Derivados do Instinto de Vida	30	29,128	0,001

Tendências e Desejos

Tendências e Desejos	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Tendências Destrutivas	30	14,725	0,001
Tendências Construtivas	30	19,596	0,001
Necessidade de suprir faltas básicas	30	6,424	0,040

Impulsos

Impulsos	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Destrutivos	30	15,494	0,001
Amorosos	30	32,989	0,001

Ansiedades

Ansiedades	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Paranóides	30	3,482	0,175
Depressivas	30	22,272	0,001

Mecanismos de defesa

Mecanismos de Defesa	N	Teste de Friedman χ^2	Valor de p
Idealização	30	46,600	0,001
Negação	30	52,242	0,001
Isolamento	30	9,844	0,007
Deslocamento	30	22,377	0,001
Repressão	30	17,582	0,001
Onipotência	30	28,000	0,001
Dissociação	30	30,021	0,001
Projeção	30	54,727	0,001
Anulação	30	3,634	0,163
Sublimação	30	21,978	0,001
Formação Reativa	30	2,923	0,232
Racionalização	30	9,446	0,009
Regressão	30	17,948	0,001

ANEXO F -

Valores do teste de Mann-Whitney para verificação de traços de personalidade estatisticamente significativos entre gêneros de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo, obtidos respectivamente pelas três avaliadoras A, B e C

AVALIADORA A

Atitudes básicas

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Oposição	Feminino	13	1,46	1,266	-3,186	0,001
	Masculino	17	0,24	0,437		
Ident. negativa	Feminino	13	1,23	1,166	-2,011	0,044
	Masculino	17	0,47	0,624		
Aceitação	Feminino	13	0,23	0,599	-3,145	0,002
	Masculino	17	1,53	1,375		
Ident. positiva	Feminino	13	0,23	0,439	-3,495	0,001
	Masculino	17	1,76	1,251		
Insegurança	Feminino	13	2,38	1,261	-0,984	0,325
	Masculino	17	1,82	1,551		

Figuras Significativas

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Figura Fraterna Positiva	Feminino	13	0,85	0,689	-0,112	0,910
	Masculino	17	0,88	0,928		
Figura Fraterna Negativa	Feminino	13	0,77	0,832	-3,247	0,001
	Masculino	17	0,06	0,243		
Figura Paterna Positiva	Feminino	13	0,23	0,439	-0,114	0,909
	Masculino	17	0,29	0,588		
Figura Paterna Negativa	Feminino	13	0,31	0,630	-0,085	0,932
	Masculino	17	0,24	0,437		
Figura Materna Positiva	Feminino	13	0,08	0,277	-0,781	0,435
	Masculino	17	0,18	0,393		
Figura Materna Negativa	Feminino	13	0,54	0,776	-0,306	0,759
	Masculino	17	0,59	0,712		

Sentimentos expressos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Derivados do Conflito	Feminino	13	2,38	1,261	-0,388	0,698
	Masculino	17	2,12	1,219		
Derivados Instinto Morte	Feminino	13	1,31	1,032	-0,308	0,758
	Masculino	17	1,24	1,147		
Derivados Instinto Vida	Feminino	13	1,38	1,557	-2,354	0,019
	Masculino	17	2,59	1,228		

Tendências e desejos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Tendências Destrutivas	Feminino	13	2,00	0,913	-1,492	0,136
	Masculino	17	1,41	1,460		
Tendências Construtivas	Feminino	13	2,08	1,382	-1,458	0,145
	Masculino	17	3,00	1,581		
Necessidade de suprir faltas básicas	Feminino	13	1,31	1,109	-1,144	0,253
	Masculino	17	1,82	1,185		

Impulsos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Impulsos destrutivos	Feminino	13	2,32	0,832	-1,801	0,072
	Masculino	17	1,59	1,326		
Impulsos amorosos	Feminino	13	2,15	1,144	-3,232	0,001
	Masculino	17	3,71	0,985		

Ansiedades

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Ansiedades Paranóides	Feminino	13	2,62	1,261	-0,173	0,863
	Masculino	17	2,47	1,328		
Ansiedades Depressivas	Feminino	13	2,38	1,121	-1,809	0,070
	Masculino	17	3,29	1,263		

Mecanismos de defesa

		N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	P
Idealização	Feminino	13	3,08	1,115	-2,083	0,037
	Masculino	17	3,94	1,029		
Negação	Feminino	13	2,31	1,032	-1,552	0,121
	Masculino	17	2,94	1,197		
Isolamento	Feminino	13	1,15	0,987	-0,839	0,401
	Masculino	17	0,94	1,144		
Deslocamento	Feminino	13	1,00	0,913	-0,112	0,911
	Masculino	17	1,00	1,000		
Repressão	Feminino	13	1,00	1,354	-0,773	0,440
	Masculino	17	1,24	1,033		
Onipotência	Feminino	13	1,08	0,954	-1,954	0,051
	Masculino	17	2,18	1,629		
Dissociação	Feminino	13	2,38	1,261	-0,152	0,879
	Masculino	17	2,24	1,251		
Projeção	Feminino	13	3,38	0,650	-0,618	0,536
	Masculino	17	3,53	1,419		
Anulação	Feminino	13	1,08	1,256	-1,193	0,233
	Masculino	17	0,59	0,870		
Sublimação	Feminino	13	0,85	1,068	-0,847	0,397
	Masculino	17	1,24	1,300		
Formação reativa	Feminino	13	0,31	0,480	-0,326	0,744
	Masculino	17	0,35	0,786		
Racionalização	Feminino	13	0,38	0,870	-0,751	0,453
	Masculino	17	0,65	1,115		
Regressão	Feminino	13	1,08	1,038	-0,998	0,318
	Masculino	17	1,53	1,179		

Valores do teste de Mann-Whitney para verificação de traços de personalidade estatisticamente significativos entre gêneros de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo, obtidos pela avaliadora B.

AVALIADORA B

Atitudes básicas

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	P
Oposição	Feminino	13	0,69	0,947	-1,798	0,072
	Masculino	17	0,18	0,393		
Ident. negativa	Feminino	13	2,23	1,013	-1,661	0,097
	Masculino	17	1,47	1,281		
Aceitação	Feminino	13	3,15	1,214	-2,685	0,007
	Masculino	17	4,24	0,831		
Ident. positiva	Feminino	13	0,85	0,801	-3,158	0,002
	Masculino	17	2,65	1,539		
Insegurança	Feminino	13	1,00	1,000	-0,438	0,662
	Masculino	17	1,29	1,359		

Figuras significativas

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Figura Fraterna Positiva	Feminino	13	1,92	1,382	-0,320	0,749
	Masculino	17	2,12	1,576		
Figura Fraterna Negativa	Feminino	13	0,38	0,506	-0,733	0,463
	Masculino	17	0,29	0,588		
Figura Paterna Positiva	Feminino	13	0,54	0,660	-0,687	0,492
	Masculino	17	0,76	0,831		
Figura Paterna Negativa	Feminino	13	0,54	0,519	-2,049	0,040
	Masculino	17	0,18	0,393		
Figura Materna Positiva	Feminino	13	0,62	0,650	-0,885	0,376
	Masculino	17	0,53	0,943		
Figura Materna Negativa	Feminino	13	0,46	0,519	-1,119	0,263
	Masculino	17	0,35	0,786		

Sentimentos expressos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Derivados do Conflito	Feminino	13	2,00	1,000	-1,235	0,217
	Masculino	17	2,59	1,502		
Derivados Instinto Morte	Feminino	13	0,77	0,725	-0,180	0,857
	Masculino	17	0,88	0,928		
Derivados Instinto Vida	Feminino	13	1,92	1,038	-2,335	0,020
	Masculino	17	3,06	1,249		

Tendências e desejos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	
Tendências Destrutivas	Feminino	13	0,85	0,801	-0,045	0,964
	Masculino	17	0,94	1,029		
Tendências Construtivas	Feminino	13	2,08	1,115	-2,015	0,044
	Masculino	17	3,06	1,249		
Necessidade de suprir faltas básicas	Feminino	13	1,85	1,281	-0,929	0,353
	Masculino	17	2,35	1,169		

Impulsos

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Impulsos destrutivos	Feminino	13	1,38	1,121	-1,070	0,285
	Masculino	17	1,06	1,345		
Impulsos amorosos	Feminino	13	2,62	1,193	-2,385	0,017
	Masculino	17	3,76	1,251		

Ansiedades

	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Ansiedades Paranóides	Feminino	13	1,77	0,927	-0,858	0,391
	Masculino	17	2,41	1,734		
Ansiedades Depressivas	Feminino	13	2,23	1,013	-2,686	0,007
	Masculino	17	3,53	1,419		

Mecanismos de defesa

		N	Média	Desvio padrão	Teste de M-W	p
Idealização	Feminino	13	1,00	0,913	-0,624	0,533
	Masculino	17	0,82	0,951		
Negação	Feminino	13	0,31	0,630	-0,270	0,787
	Masculino	17	0,29	0,686		
Isolamento	Feminino	13	0,46	0,877	-0,324	0,746
	Masculino	17	0,47	1,007		
Deslocamento	Feminino	13	0,15	0,376	-0,720	0,472
	Masculino	17	0,47	0,943		
Repressão	Feminino	13	0,23	0,439	-0,711	0,477
	Masculino	17	0,18	0,529		
Onipotência	Feminino	13	0,54	1,050	-1,275	0,202
	Masculino	17	0,18	0,728		
Dissociação	Feminino	13	0,85	0,987	-1,095	0,274
	Masculino	17	1,53	1,586		
Projeção	Feminino	13	3,15	0,801	-2,377	0,017
	Masculino	17	4,06	1,029		
Anulação	Feminino	13	0,69	0,855	-0,205	0,838
	Masculino	17	0,88	1,111		
Sublimação	Feminino	13	0,85	0,987	-2,882	0,004
	Masculino	17	2,00	0,935		
Formação reativa	Feminino	13	0,00	0,000	-1,570	0,116
	Masculino	17	0,18	0,393		
Racionalização	Feminino	13	1,00	1,354	-0,090	0,929
	Masculino	17	0,82	0,809		
Regressão	Feminino	13	1,38	0,961	-1,205	0,228
	Masculino	17	1,00	1,118		

Valores do teste de Mann-Whitney para verificação de traços de personalidade estatisticamente significativos entre gêneros de pacientes com diagnóstico de câncer do reto baixo, obtidos pela avaliadora C.

AVALIADORA C

Atitudes básicas no câncer do reto baixo

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Oposição	Feminino	13	0,62	0,768	0	2	-0,53	0,599
	Masculino	17	0,53	0,874	0	3		
Ident. negativa	Feminino	13	1,23	0,927	0	3	-2,34	0,019
	Masculino	17	0,47	0,717	0	2		
Aceitação	Feminino	13	0,31	0,480	0	1	-2,53	0,011
	Masculino	17	1,12	0,928	0	3		
Ident. positiva	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-2,84	0,005
	Masculino	17	0,71	0,686	0	2		
Insegurança	Feminino	13	1,23	1,301	0	4	-1,06	0,291
	Masculino	17	1,53	0,800	0	3		

Figuras significativas

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Figura Fraterna Positiva	Feminino	13	1,69	1,109	0	4	-1,31	0,190
	Masculino	17	2,41	1,583	0	5		
Figura Fraterna Negativa	Feminino	13	1,23	0,725	0	2	-2,25	0,024
	Masculino	17	0,59	0,939	0	3		
Figura Paterna Positiva	Feminino	13	0,15	0,376	0	1	-0,28	0,776
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		
Figura Paterna Negativa	Feminino	13	0,00	0,000	0	0	-1,26	0,208
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		
Figura Materna Positiva	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-0,36	0,717
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		
Figura Materna Negativa	Feminino	13	0,00	0,000	0	0	-1,26	0,208
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		

Sentimentos expressos

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Derivados do Conflito	Feminino	13	2,46	1,391	0	5	-0,46	0,680
	Masculino	17	2,18	1,015	0	3		
Derivados Instinto Morte	Feminino	13	0,62	0,870	0	2	-0,24	0,837
	Masculino	17	0,53	0,800	0	2		
Derivados Instinto Vida	Feminino	13	0,38	0,506	0	1	-3,22	0,001
	Masculino	17	1,65	1,115	0	4		

Tendências e desejos

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Tendências Destrutivas	Feminino	13	1,00	1,000	0	2	-0,98	0,385
	Masculino	17	0,65	0,862	0	3		
Tendências Construtivas	Feminino	13	0,92	0,760	0	2	-1,58	0,133
	Masculino	17	1,65	1,272	0	4		
Necessidade de suprir faltas básicas	Feminino	13	1,54	1,266	0	4	-1,34	0,213
	Masculino	17	2,06	1,088	1	4		

Impulsos

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	Valor de P
Impulsos destrutivos	Feminino	13	2,46	1,050	0	4	-1,87	0,062
	Masculino	17	1,76	1,091	0	4		
Impulsos amorosos	Feminino	13	1,00	1,080	0	3	-3,26	0,001
	Masculino	17	2,65	1,169	1	4		

Ansiedades

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Ansiedades Paranóides	Feminino	13	2,46	0,967	1	4	-0,22	0,837
	Masculino	17	2,41	1,326	1	5		
Ansiedades Depressivas	Feminino	13	1,00	0,913	0	2	-2,03	0,048
	Masculino	17	2,06	1,435	0	4		

Mecanismos de Defesa

		N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Teste de M-W	p
Idealização	Feminino	13	0,85	0,899	0	3	-1,33	0,185
	Masculino	17	0,53	0,624	0	2		
Negação	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-0,70	0,486
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		
Isolamento	Feminino	13	0,23	0,439	0	1	-1,16	0,248
	Masculino	17	0,71	0,686	0	2		
Deslocamento	Feminino	13	0,31	0,480	0	1	-0,81	0,418
	Masculino	17	0,24	0,437	0	1		
Repressão	Feminino	13	0,15	0,376	0	1	-2,06	0,040
	Masculino	17	0,29	0,686	0	2		
Onipotência	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-1,46	0,143
	Masculino	17	0,71	10,047	0	3		
Dissociação	Feminino	13	0,46	0,660	0	2	-0,44	0,657
	Masculino	17	0,29	0,588	0	2		
Projeção	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-1,05	0,294
	Masculino	17	0,29	0,588	0	2		
Anulação	Feminino	13	0,54	0,776	0	2	-0,31	0,758
	Masculino	17	0,12	0,332	0	1		
Sublimação	Feminino	13	0,00	0,000	0	0	-0,21	0,837
	Masculino	17	0,41	0,618	0	2		
Formação reativa	Feminino	13	0,23	0,439	0	1	-0,81	0,418
	Masculino	17	0,18	0,393	0	1		
Racionalização	Feminino	13	0,08	0,277	0	1	-1,19	0,234
	Masculino	17	0,29	0,470	0	1		
Regressão	Feminino	13	0,38	0,506	0	1	0,686	0,756
	Masculino	17	0,53	0,624	0	2		

9. REFERÊNCIAS

Albaugh JA. Spirituality and life-threatening illness: a phenomenologic study. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30 (4):593-8.

Alexander F. *Fundamentos da psicanálise*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar. 1965;15-22.

Alves LCA. *Aspectos da adaptação psicossocial à colostomia seca permanente em suas relações com a resposta ao câncer* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1996.

Badinter, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985;25-144.

Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van Dulmen AM, van den Borne HW, van Berge GPH. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and non stoma bowel resection: a 4-year follow-up. *J Psychosom Res*. 1997; 42(3):235-44.

Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW, Poen H, Bergsma J, van Berge GPH. Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review. *J Behav Med*. 1995; 18(1): 1-31

Byrne CM, Pager CK, Rex J, Roberts R, Solomon MJ. Assesment of quality of life in the treatment of patients with neuropathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45(11):1431-6.

Camargo MAGF, Sousa Jr AHS, Habr-Gama A, De Lucia MCS, Gama-Rodrigues JJ, Kiss DR, Souza PMBS. (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). *O corpo ostomizado resgata o sagrado*. (Apresentação de tema livre no 52º Congresso Brasileiro de Coloproctologia e XVIII Congresso Latino Americano; 2003; Salvador, BA).

Carvalheira C, organizadora. *Ainda posso levar uma vida normal?* 2ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira dos Ostomizados. 1999;13-18.

Carvalho MMMJ, organizadora. *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus. 1998;13-16.

Cassorla, RMS. Prefácio. In: Turato, ER *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes. 2003;19-32.

Cymrot, P. *Elaboração psíquica teoria e clínica psicanalítica*, São Paulo: Escuta. 1997;43-78.

Delay J. *Introducción a la medicina psicosomática*. Tradução Roberto Cruz. Barcelona: Toray-Masson. 1965;46-48

De Lucia MCS. Sexualidade do ostomizado. In: Santos VLG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: Cuidado do ostomizado*. São Paulo: Atheneu. 2001;335-353.

De Tommaso MA. *Emoções e qualidade de vida*. [2003]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/artmantonio78.htm>

Doron R, Parot F. *Dicionário de psicologia*. Tradução Odilon Soares Leme. São Paulo: Ática. 1998.

Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nur*. 1999;22(2):134-40; quiz 141-2.

Fiori WR. Modelo psicanalítico In: *Psicologia do desenvolvimento*, Vol.1, Rappaport C.R. organizadora, EPU, São Paulo. 1981;11-50.

Gomes R. Sexualidade e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):825-829.

Greer S. Measuring Mental Adjustment to Cancer. In: Watson M, Greer S. *Psychosocial Oncology*. Oxford: Pergamon Press. 1988;45-51.

Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg.* 2001;233(2):149-156.

Habr-Gama A. (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). *Fatores ambientais: recomendação e perspectivas para a prevenção do câncer colorretal.* (Apresentado ao 17º Curso Continuoado de Atualização em Coloproctologia; 2004; São Paulo, SP).

Habr-Gama A, Araújo SEA. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCG, Cesaretti, IUR. *Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado.* São Paulo: Atheneu. 2001;39-54.

Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, Sabbaga J, Ribeiro Junior U, Sousa Junior AHS, Campos FG, Kiss DR, Gama-Rodrigues J. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy. *Ann Surg.* 2004a;240:711-718.

Habr-Gama A, Perez RO, Kiss DR, Rawet V, Scanavini A, Santinho PMB, Nadalin W. Preoperative chemoradiation therapy for low rectal cancer. Impact on downstaging and sphincter-saving operations. *Hepato-Gastroenterology.* 2004b;51:1703-1707.

Habr-Gama A, Souza PM, Ribeiro Junior U, Nadalin W, Gansl R, Sousa Junior AHS, Campos FG, Gama-Rodrigues, J. Low rectal cancer. Impact of radiation and chemotherapy on surgical treatment. *Dis. Colon Rectum.* 1998;41:1087-96.

Heo M, Allison DB, Fontaine KR. Overweight, obesity, and colorectal cancer screening: disparity between men and women. *BMC Public Health.* 2004;4(1):53.

Hinshelwood, RD. *Dicionário do pensamento kleiniano.* Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

INCA – Brasil: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005>. Acesso em 2005.

Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992;149-64.

Kovács MJ, Carvalho VA. Qualidade de vida em pacientes com câncer. In: Nascimento-Schulze CM, organizadora. *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo: Robe Editorial. 1997;Cap 9.

Kovács, MJ Deficiência adquirida e qualidade de vida, In: Becker E. et al. *Deficiência: alternativa de intervenção*, São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997;Cap 5.

Kovács MJ e col. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença, In: Carvalho MMMJ, organizadora. *Resgatando o viver*. São Paulo: Summus. 1998;Cap III.

Kusnetzoff JC. *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira. 1982;Cap.VIII.

Laplanche J, Pontalis J.B. *Vocabulário de psicanálise*. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

Leão PHS. *Síndrome pós-colostomia*. Fortaleza: EUFC. 1990; Cap.2, Cap. 7.

Marty P. *A psicossomática do adulto*. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993;3-11.

Mullens AB, McCaul KD, Erickson SC, Sandgren AK. Coping after cancer: risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psychooncology*. 2004;13(6):367-76.

Murakami Y, Okamura H, Sugano K, Yoshida T, Kazuma K, Akechi T, Uchitomi Y. Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary non polyposis colorectal carcinoma. *Cancer*. 2004;101(2):395-403.

Ocampo MLS, Arzeno MEG. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. Tradução Miriam Felzenszwalb, São Paulo: Martins Fontes. 1995; Cap.1.

Persson E, Severinsson E, Hellstrom AL. Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nurs*. 2004;27(1):85-90.

Piccolo, EG. Defesa nos testes gráficos. In: Ocampo MLS et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. Tradução Miriam Felzenszwalb, São Paulo: Martins Fontes. 1995; Cap.8.

Ramfelt E, Severinsson E, Lutzen K. Attempting to find meaning in illness to achieve emotional coherence: the experiences of patients with colorectal cancer. *Cancer Nurs*. 2002;25(2):141-9.

Rauch P, Miny J, Conroy T, Neyton L, Guillemin F. Quality of life among free-survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(2):354-60.

Rozmovits L, Ziebland S. Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer. *Qual Health Res*. 2004;14(2):187-203.

Santos VLG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia*. Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2001. p.xiii.

Solomon MJ, Pager CK, Keshava A, Findlay M, Butow P, Salkeld GP, Roberts R. What do patients want? Patients preferences and surrogate decision making in the treatment of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(10):1351-7.

Sousa Junior AHS, Bocchini SF, Habr-Gama A. Ileostomias e colostomias. In: Pinotti HW. editor. *Tratado de clínica cirúrgica do aparelho digestivo*, 1ª ed. São Paulo: Atheneu. 1994;1156-61.

Souza PMSB. *Avaliação da qualidade de vida dos doentes com adenocarcinoma do reto distal tratados com rádio e quimioterapia como primeira abordagem e submetidos a diferentes condutas terapêuticas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2003.

Sproesser A. *Viver bem com qualidade: o fator wellness*. São Paulo: Sapienza. 2004;p.27-48.

Tardivo LSC. *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 1985.

Tardivo LSC. *Teste de apercepção Infantil com figuras de animais (CAT-A) e Teste das Fábulas de Düss: estudos normativos e aplicações no contexto das técnicas projetivas* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 1992.

Tardivo LSC. Análise e interpretação. In: Trinca W. editor. *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor. 1997;115-56

Trinca, W. Apresentação e aplicação. In: Trinca W. ed. *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor. 1997;Cap.1.

Trinca, W. Enfrentando desafios. In: Trinca W. editor. *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor. 1997;Cap. 9.

Trinca, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU. 1987.

Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes. 2003;225-244.

Van Kolck OL. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. Temas básicos de psicologia, coordenadora Rappaport CR., São Paulo: EPU. 1984;Cap 1, Cap 4.