



PUC RIO

ANA MARIA FAUSTO SABA

REAÇÕES DE ANSIEDADE EM MULHERES PERANTE SITUAÇÕES DE
MASTECTOMIA E HISTERECTOMIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 1 de fevereiro de 1982

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Chamada: 1507 S113/TEST UC

Título: Reações de ansiedade em mulheres perante



0 0 3 1 4 3 3

Ex: 1-CENTRAL

2312

ANA MARIA FAUSTO SABA

REAÇÕES DE ANSIEDADE EM MULHERES PERANTE SITUAÇÕES
DE MASTECTOMIA E HISTERECTOMIA

*Dissertação apresentada ao Departamento
de Psicologia da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.*

Orientador: Anamaria Ribeiro Coutinho

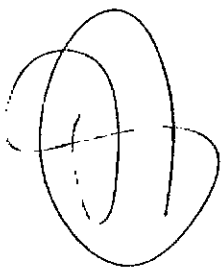
Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 01 de fevereiro de 1982



150
S 113
TESE UC
A. 2



A meus filhos
Andrē e Dario.

Meus agradecimentos:

- A Profa. ANAMARIA RIBEIRO COUTINHO, orientadora da tese pela confiança depositada.
- A Profa. ANGELA BIAGGIO, orientadora inicial da tese, pela amizade, dedicação e inestimável colaboração. Embora desde dezembro de 1980 esteja na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e não fazendo mais parte do Corpo Docente da PUC/RJ, continuou acompanhando este trabalho até as suas fases finais.
- A Profa. ELIANA FREIRE, pelo carinho, apoio e inúmeras sugestões sobre o procedimento e ajuda no tratamento estatístico.
- Aos amigos Prof. AROLDÓ RODRIGUES e Profa. MARIA DAS GRAÇAS S. LEAL pelo grande incentivo.
- Ao Dr. JORGE PAULO LEMMAN, pela bolsa de estudos e ajuda financeira recebida durante o curso.
- Ao Pe. VAZ, Vice-Reitor Comunitário da PUC/RJ pela isenção do pagamento da anuidade no ano de 1980.
- Aos DEPARTAMENTOS DE LETRAS, QUÍMICA E MATEMÁTICA DA UERJ e de LETRAS, SERVIÇO SOCIAL E SOCIOLOGIA E POLÍTICA DA PUC/RJ, por terem facilitado a execução deste trabalho.
- As minhas ESTAGIÁRIAS DA UERJ, DÉBORA, ELIANA, MÁRCIA E VALÉRIA, pelo auxílio na aplicação dos instrumentos.
- A ALBA LÚCIA, ANGELA MARIA, NAHIM, ANDRÉ E ALMERINDA, pela valiosa colaboração.
- Aos membros da banca examinadora pela honrosa distinção.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
1.1 - Objetivo	1
1.2 - Fundamentação Teórica e Pesquisas Relevantes	2
1.2.1 - Ansiedade	2
1.2.2 - Mastectomia	48
1.2.3 - Histerectomia	84
1.3 - Hipóteses	106
2- MÉTODO	107
2.1 - Sujeito	107
2.2 - Instrumento	107
2.3 - Procedimento	109
3. RESULTADOS	118
4. DISCUSSÃO	124
4.1 - Considerações sobre Amostra e o Procedimento	124
4.2 - Considerações sobre os Resultados	132
4.3 - Conclusões e Sugestões	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo testar a hipótese de que para mulheres a possibilidade de ter de ser submetida a uma mastectomia é mais ameaçadora do que a de ser submetida a uma histerectomia, e ainda, que ambas as possibilidades causam mais ansiedade do que a encontrada em um grupo de controle.

As hipóteses formuladas neste trabalho basearam-se na teoria de ansiedade Estado-Traço de Spielberger, bem como em inúmeras pesquisas sobre os efeitos psicológicos da mastectomia e da histerectomia.

Apesar das duas situações serem de muito impacto para as mulheres já que implicam na remoção de órgãos não são muito carregados de simbolismo e significados em relação ao "ser mulher", como também diretamente ligados à sua auto-estima, pareceu-nos que a mastectomia seria mais difícil de ser vivenciada pelas mulheres do que a histerectomia.

A maior dificuldade estaria relacionada ao fato de que a mastectomia sendo uma mutilação externa e portanto visível e conseqüentemente muito mais difícil de esconder, traria mais ansiedade e as mulheres a externalizariam através de problemática relativas à própria auto-estima, sexualidade, auto-aceitação e na área do relacionamento interpessoal, principalmente com o sexo oposto.

Para testar as hipóteses foi planejado um experimento com mulheres universitárias em situações evocativas da situação de mastectomia e de histerectomia. As situações experimentais foram evocativas dadas as dificuldades éticas em trabalhar com sujeitos reais mastectomizados e histerectomizados.

165 universitárias da UERJ e da PUC/RJ foram selecionadas aleatoriamente dos cursos de Letras, Engenharia Química e Química, Sociologia e Política e Matemática.

A manipulação experimental consistiu em expor um grupo a uma história sobre uma mulher mastectomizada, seguida por dois slides ilustrativos, pré e pós-operatórios, e expor um segundo grupo experimental à situação análoga referente à histerectomia. Depois da exposição foram submetidos ao Inventário de Ansiedade traço-estado, medida da variável dependente. Um terceiro grupo, de controle, fez apenas o Idate.

Os três grupos preencheram também um questionário com informações adicionais que teve o objetivo de auxiliar na seleção da amostra.

Os dados foram analisados estatisticamente através de análises da variância seguidas de testes de Duncan, e as hipóteses foram confirmadas.

Os resultados foram os seguintes :

- Os dois grupos experimentais e o grupo de controle eram constituídos inicialmente de sujeitos estatisticamente não diferentes quanto ao traço de ansiedade.
- O grupo sujeito à situação experimental de mastectomia demonstrou maior nível de ansiedade estado do que o grupo submetido à situação experimental de histerectomia.
- O grupo submetido à situação experimental de histerectomia demonstrou maior nível de ansiedade estado do que o grupo de controle.

Além disso, análises estatísticas complementares revelaram que :

- Os sujeitos com alto-traço de ansiedade (os 25% com escores mais altos na escala de A-traço) revelaram significativamente mais an-

siedade-estado do que os de baixo-traço (25% inferiores) na situação de mastectomia.

— O mesmo ocorreu na situação de histerectomia.

A diferença entre traço e estado para cada sujeito, foi maior no grupo de mastectomia do que no de histerectomia, e neste, maior do que no grupo de controle, onde a diferença foi praticamente nula.

Além de confirmar as hipóteses principais do estudo estes resultados adicionais estão totalmente de acordo com a teoria de Spielberger no que se refere a distinção entre A-Estado e A-traço, sobre as diferenças entre pessoas com alto e baixo traço; e sobre a ansiedade causada por ameaças a auto-estima.

Após a análise do nosso trabalho salientamos a necessidade de pesquisas futuras em diferentes classes sociais brasileiras para melhor se estudar os efeitos na nossa população, da mastectomia e da histerectomia.

Vimos o grande campo de trabalho em que o psicólogo pode atuar junto à equipe médica e para-médica no sentido de colaborar para um trabalho psicológico preventivo, de apoio e atendimento durante todo o processo operatório, como também no ajustamento psicológico pós-cirurgia, além de poder contribuir com intervenções terapêuticas junto às famílias e no atendimento de casal.

S U M M A R Y

The objective of this study was to test the hypotheses that, for women, the possibility of undergoing mastectomy is more threatening (anxiety provoking) than that of undergoing hysterectomy, and also, that both possibilities arouse more anxiety than that found in a control group.

The hypotheses are based on Spielberger's state-trait anxiety theory, as well as on countless research studies published on the psychological effects of mastectomy and hysterectomy.

Although both situations have high impact upon women, since they imply removal of organs loaded with meanings and symbolism about being a woman and related to her self-esteem, it seemed to us that mastectomy would be more difficult to be experienced than hysterectomy. The greatest problem with mastectomy would be that it involves external mutilation, it is therefore visible, difficult to hide. It would then bring more anxiety, and the women would externalize problems related to self-esteem, sexuality, self-acceptance, and interpersonal relationships especially with members of the opposite sex.

In order to test the hypotheses, an experiment was designed with college female students, placed in fictitious situations evocative of mastectomy and hysterectomy. This was done so because of the difficulty of having access to subjects actually involved in such types of surgery. One hundred and sixty-five female students from UERJ and PUC/RJ were randomly selected from the departments of Language, Engineering, Chemistry, Sociology, Political Sciences and Mathematics.

The experimental manipulation consisted in exposing one group to a story about a mastectomized woman, followed by two illustrative slides

(pre and post surgery), and to expose another experimental group to an analogous situation related to hysterectomy. After exposure, the subjects took the State-Trait Anxiety Inventory, our measure of the dependent variable. A third group-control - took only the S.T.A.I. The three groups also filled out a questionnaire in order to obtain additional information, for purposes of sample composition.

The data were analysed by means of analyses of variance followed by Duncan multiple comparisons tests. These data supported our hypotheses, and the main results can be summarized as follows:

- The two experimental groups and the control group were made up of subjects that did not differ initially in trait-anxiety.
- The experimental group submitted to the situation "mastectomy" revealed significantly more state anxiety than the group which was submitted to the experimental situation "hysterectomy".
- The experimental group submitted to the situation "hysterectomy" revealed significantly more state-anxiety than the control group.

Besides this, additional statistical analyses showed that :

- Subjects high on trait anxiety (top 25% on the A-trait scale) showed significantly more state-anxiety than subjects with low trait anxiety, in the situation "mastectomy". The same occurred in the experimental situation "hysterectomy".
- The difference between state and trait anxiety, for each subject, was significantly higher for the "mastectomy" than for the "hysterectomy" group, and for the latter group it was higher than for the control group, for which it was practically null.

Besides confirming the main hypotheses of this study, these results are in line with Spielberger's theory, regarding the distinction between state and trait anxiety, about differences between persons who are high or low in trait anxiety and about anxiety caused by threats to self-esteem.

The discussion of our results includes emphasizing the need for future research in different social classes, in Brazil, in order to understand better the reactions of the Brazilian population to mastectomy and hysterectomy. The role of the psychologist in working together with the medical and para-medical personnel is also discussed, in terms of working toward prevention of psychological disturbances and support during the surgical process (before and after), as well as helping couples and families of the patients involved.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi o de aprofundar o estudo da ansieda de humana em suas diferentes abordagens teóricas.

Além disso, testamos empiricamente hipóteses referentes à manifes tação de ansiedade em situações experimentais evocativas de hysterecto- mia e de mastectomia num grupo de mulheres.

1.2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E PESQUISAS RELEVANTES

1.2.1 - ANSIEDADE

O Problema da Definição de Ansiedade

Uma consulta rápida a alguns textos básicos sobre ansiedade mostra facilmente a grande diversidade entre as definições existentes. Kierkegaard, Freud, Estes e Skinner, Henry Ey, Schoenfeld, Spielberger, Malmo, Mandler e Watson, Lazarus, Martin e Stroufe, Rollo May, para citar apenas alguns dos mais importantes que definiram a ansiedade.

Suas definições divergem em vários aspectos, o que torna difícil a própria classificação delas. Alguns desses aspectos são : o grau de inclusividade, a natureza das condições determinantes, a dimensão temporal, a dimensão valorativa, o nível de abstração dos dados básicos. Quando duas ou mais definições convergem com referência a um aspecto, são totalmente diversas em um ou mais aspectos restantes.

Em algumas definições a ansiedade é entendida como um processo passageiro, em outras como uma característica permanente do comportamento ou da personalidade.

Algumas outras, ainda, designam como ansiedade tanto processos transitórios como predisposições ou traços duradouros da personalidade. Mas todos diferem entre si em diversos outros aspectos essenciais tais como, processos cognitivos, estados interiores, alterações fisiológicas etc. Há os que se limitam a relações entre variáveis in

dependentes e alterações comportamentais e os que admitem variáveis interve-
nientes. Em algumas formulações a ansiedade é um evento normal, noutras é
patológica, em umas é prejudicial noutras é benéfica. Outros ainda enten-
dem a ansiedade como mera contingência inevitável com possibilidades de e-
feitos danosos ou favoráveis sobre o comportamento. Há definições em que
a ansiedade é efeito mensurável de alterações replicáveis do ambiente, nou-
tros a ansiedade é entendida como sensação mais ou menos vaga de dano imi-
nente ou como medo inconsciente. Há definições que têm como dado básico
mais de uma relação entre variáveis ou mais de um processo, sem que tais
relações e processos tenham nível equivalente de abstração.

Diante dessa inconsistência entre as diferentes conceituações de
ansiedade, pode-se pensar que seria conveniente chegar a uma definição con-
ciliatória que incluísse os aspectos mais significativos de cada uma, abstra-
indo-se as divergências existentes. Tal empreendimento é questionável por
duas razões: nas divergências residem, muitas vezes, os aspectos mais sig-
nificativos das conceituações, de outro lado, esse esforço implica o risco
de qualquer eclétismo em ciência e o que é pior, pode conduzir no máximo a
uma síntese formal de noções abstratas derivadas de níveis muito heterogê-
neos de observação: não conduziria a uma desejável síntese de relações fun-
cionais verificáveis.

Na verdade talvez as diversas definições corretas tenham em comum
uma característica: as propriedades do objeto definido (ansiedade), va-
riam segundo os termos de cada definição, o que constitui, além de um pro-
blema teórico, uma séria questão epistemológica. De certa forma cada defi-
nição cria uma forma de ansiedade, o que torna difícil optar por uma ou ou-
tra.

Uma definição válida da ansiedade é a que define qualquer ansieda

de e exclui qualquer conteúdo que não seja ansiedade. Nessa situação, uma definição deve conceituar aquilo que constitui a ansiedade segundo o desenvolvimento cultural da época, a fim de não ser totalmente arbitrária e deslocada do processo global do conhecimento portanto, inútil ou irrelevante à pesquisa e ao pensamento da época. De outro lado essa definição deve obedecer aos requisitos de verificabilidade ou mesmo de operacionalidade.

Podem ocorrer duas distorções : uma definição pode ser arbitrária quanto ao conteúdo, para assegurar sua operacionalidade, ou pode incluir múltiplos aspectos da ansiedade, característicos do desenvolvimento cultural do tempo, com detrimento da operacionalidade. Um bom indicador das tendências culturais na área da ansiedade, ou em outros termos, daquilo que na cultura de uma época é relevante como ansiedade, são as "definições" correntes. Embora disparatadas e incongruentes entre si elas têm como substrato comum essas tendências histórico-culturais.

Assegurada sua relevância histórico-cultural, uma definição deve ainda especificar condições replicáveis em cuja presença se deve empregar o termo ansiedade. Tais condições são inevitavelmente relações funcionais entre modificações ambientais e alterações em processos dos organismos. Quanto mais essas relações forem verificáveis mais precisa será a definição.

A seguir procuraremos apontar os aspectos mais consistentes da ansiedade na tradição filosófica e as abordagens mais importantes ao problema no âmbito da psicologia.

A ANSIEDADE NA TRADIÇÃO FILOSÓFICA

A história das idéias sobre a ansiedade humana inscreve-se, assim, dentro das preocupações mestras da filosofia. E conseqüentemente essa história reflete (como qualquer sistema filosófico) as contradições sócio-cultu-

rais de cada época e seus efeitos sobre as reflexões a respeito do dilema razão — emoção. Mais amplamente tal história reflete em cada época as contradições entre o conhecimento racional de um lado, e as condições irracionais da vida humana (inclusive a finitude do homem) de outro.

Na escola estóica começa a formulação da ansiedade como fruto da contradição entre a necessidade de controle da vida pela razão e a potente determinação irracional das emoções. A posição estóica por um lado antecipa teorias psicoterapêuticas mais recentes (baseada na racionalização e/ou na aceitação das próprias limitações) e, por outro, introduz um elemento êtico na luta contra a finitude humana: a resignação, pela fê no Logos. A coragem estóica é a coragem da resignação e, por isso, os que, por falta de sabedoria, se entregam à busca dos prazeres e aos temores do contingente e do desconhecido, formam a grande multidão dos "loucos".

A resignação à finitude e às limitações da vida enquanto aceitação de uma racionalidade transcendente e ao mesmo tempo enquanto afirmação da própria natureza racional é o que liberta o homem estoicista dos desejos e dos medos e lhe dá sentido à vida. A mesma atitude o liberta também da culpa: Epicteto se alegra por haver aprendido a não se preocupar com nada que esteja fora do seu desígnio moral, numa clara derivação do pensamento socrático: "Sustentei aquilo que estava sob meu controle".

Desse modo, tanto a ansiedade existencial (medo da morte e do destino) como a ansiedade episódica (apreensão ou culpa) podem ser superadas, segundo a filosofia estoicista, pela afirmação da própria natureza racional, ora entendida como resignação a ser parte de um Logos transcendente, ora como aceitação das limitações do próprio domínio sobre si mesmo e sobre as coisas. Em qualquer caso, a coragem estóica é um ato êtico de resignação a uma realidade cósmica que dá significação e essência ao humano mas não per-

tence a cada homem.

A filosofia estóica e, mais precisamente, a ética estóica é uma ética anti-ansiedade; a ética da resignação ao Logos supremo, à Razão Suprema do Universo. Trata-se de uma ética racional que decorre logicamente da ontologia estóica em que o homem é, como os demais seres, um processo de realização do ser transcendente, da ordem universal. A resignação à fatalidade não é penosa e não se deve ao temor, mas resulta do conhecimento da natureza e se confunde com a sabedoria. A sabedoria que é o uso correto da razão, dissipa temores, culpa, arrependimento.

A serenidade estóica decorre dessa sabedoria. Desse modo, a ansiedade e os temores, como a busca dos prazeres, da fama e da fortuna, são típicos dos "nescios". Portanto, vício, ansiedade, e ignorância se confundem: são o irracional. Como se confundiria virtude, serenidade e sabedoria: são a reta razão, o ortoslogos, realizando o Logos universal.

As abordagens dos filósofos aos problemas de ansiedade humana importam fundamentalmente, pois é do pensamento deles e, mais ainda, das contradições entre tais abordagens que resultarão as tendências culturais, do século XX. "É nesse sentido que as formulações feitas pelos líderes intelectuais de um século tornam-se senso-comum, sob a forma de pressupostos inconscientes, para grande número de pessoas nos séculos subsequentes" (May, 1950).

As formulações filosóficas mesmo não sendo causa do desenvolvimento cultural da época em que surgem, determinam linhas mestras da cultura subsequente, na medida em que seus autores penetram e sintetizam as tendências da cultura que vivem.

À parte essa influência histórica de momentos precedentes da cul-

tura, cada época e cada classe sócio-econômica possui contradições culturais próprias que determinam fontes de ansiedade, interesse maior ou menor do pensamento pela ansiedade.

Não é sem motivo que o primeiro tratado sistemático da ansiedade e o primeiro texto a trazer tal palavra no título tenham nascido do pensamento de Kierkegaard, na primeira metade do Séc. XIX, com uma clara marca anti-hegeliana e anti-racionalista e uma nítida tendência anti-dogmática.

O texto de Kierkegaard espelha, de fato, uma reação cultural ampla, característica do choque que envolvia de um lado a filosofia racionalista de extração cartesiana, a minimizar a emoção e o sentimento por refratários à razão (matemática) e, de outro, a reação quase emocional do pensamento individualista de derivação pascaliana que via na razão e na postura racionalista insuficiência não só para a elaboração de uma ética, mas também no campo da epistemologia.

Na reflexão sobre a ansiedade humana, a filosofia de Descartes teve uma consequência direta devida à sua teoria das paixões a partir da dicotomia mente-corpo, e um efeito indireto, derivado do próprio método de reflexão que Descartes instituiu.

A teoria das paixões de Descartes, contorna o problema da dicotomia razão-emoção instituindo, com clara marca mecanicista, a dicotomia mente-corpo e colocando a emoção não como atributo da vida corporal, mas como atividade imperfeita da mente.

O método cartesiano, e mais que ele, o momento histórico-cultural para ele sintetiza, aumentaram a confiança do homem em relação ao futuro e à possibilidade de superar a doença e os problemas de sobrevivência, graças à fé na razão e à confiança no método científico.

Como os estóicos na filosofia antiga e Spinoza quem, no Séc. XVII, formula uma ética anti-ansiedade. Ao invés da progressiva supressão da vida emocional que o cartesianismo acarretou, com a dicotomia entre mente e corpo, o sistema de Spinoza restabelece o papel determinante das emoções na vida humana e procura um método de conhecimento e de conduta moral a um só tempo. No sistema de Spinoza, mais que no cartesiano, procura-se a unidade da natureza humana, a harmonia entre a razão e a emoção. Enquanto na filosofia cartesiana as paixões são formas rudimentares e imperfeitas do conhecimento no pensamento de Spinoza as emoções, per se, são opostas ao processo de conhecimento. A obra de Spinoza demonstra inúmeras vezes a agudeza de seu pensamento em matéria de psicologia humana, construindo uma verdadeira teoria das emoções que antecipa numerosos conceitos da psicanálise e da teoria psicossomática.

Para Spinoza não há medo sem esperança nem esperança sem medo e a inquietude (ansiedade) do homem é justamente o sentimento misto de medo e esperança. O objetivo geral, expresso, da obra ética de Spinoza é a felicidade identificada com a certeza do conhecimento racional.

Nos pensamentos de Spinoza percebe-se uma antecipação de princípios fundamentais da concepção da ansiedade na chamada "psicoterapia existencial" contemporânea.

Como salienta May (1950), a posição de Spinoza espelha além do clima de expansão cultural relativamente acrítica do Séc. XVII, a base religiosa do pensamento spinoziano. O substrato cultural da ansiedade, no Séc. XX, resulta em grande parte do desenvolvimento da crítica do conhecimento, da perda da confiança na razão e da crise do pensamento religioso dogmático, aspectos típicos dos séculos XIX e XX.

May (1950) afirma que Spinoza não chega a tratar o problema da ansiedade, limitando-se a elaborar sua teoria do medo e do domínio sobre ele. É preciso entretanto, lembrar que para Spinoza não há medo sem esperança, nem esperança sem medo : sendo a inquietude humana o efeito da dúvida, que é a causa comum do medo e da esperança (Brehier (1942), Dilthey (1947), Hirschberger (1969), Carvalho (1942)).

O temor é ainda para Spinoza, a incerteza do futuro. Desse modo, parece-nos, o tratamento do problema do medo-esperança é um verdadeiro texto sobre a liberação da ansiedade e é assim que esse autor antecipa princípios e conselhos (técnicas) que farão parte de teorias da ansiedade até no Séc. XX.

Poucos pensadores, como Pascal, limitaram tão nitidamente a importância da razão a de mero instrumento do homem para um certo tipo de conhecimento; e paradoxalmente poucos genios da razão matemática têm a estatura de Blaise Pascal mesmo no Séc. da "razão matemática".

"O coração tem razões que a razão desconhece" é a frase que resume o pensamento pascaliano sobre a ansiedade, uma ansiedade sofrida e não apenas estudada : "Se não houvesse mais que a razão sem paixões... se não existissem mais que as paixões sem razão ... Mas, tendo uma (coisa) e outra, o homem não pode ser (existir) sem guerra, não podendo ter a paz com uma sem ter guerra com a outra : por isso ele está sempre dividido e contrário a si mesmo" (p. 412 ed. Brunswicg).

A inevitabilidade do conflito razão-emoção e o sentimento de insegurança e impotência que fatalmente deriva de tal conflito são as idéias-metas da concepção pascalina de ansiedade.

O conflito humano, a contradição do homem, para Pascal não pode

ser compreendida e muito menos corrigida pela razão e, muito menos por uma razão matemática : o homem é contraditório e imprevisível e assim não há certeza em matéria de moral, muito menos uma certeza comparável à que acompanha uma solução de geometria, como desejava Spinoza. Pascal, de certo modo, fecunda a corrente romântica na filosofia, a qual florescerá depois dele, determinando poderosamente as tendências da filosofia contemporânea e seus reflexos na teoria da ansiedade humana.

A fé na razão, salvadora da certeza da significação e da segurança do futuro, desaparece totalmente no pensamento pascalino : o homem é, por natureza e por destino, contraditório, dividido e inseguro. A ansiedade, sob a forma de incerteza, insignificação ou impotência é próprio da natureza do homem.

O Conceito de *Angst* de Søren Kierkegaard (1972), é o primeiro texto a tratar especificamente já mesmo no título, o problema da ansiedade. Embora a preocupação última do autor nessa obra seja religiosa ou teológica, seus escritos são a origem da filosofia existencialista, cuja significação contemporânea é crescente no campo da psicologia da ansiedade.

A perplexidade quase desesperada de Pascal diante da natureza contraditória do homem, como fonte de inquietude, temor e dúvida amplia-se desmesuradamente na obra de Kierkegaard e nela recebe uma elaboração ética mais aprofundada. Kierkegaard que reflete nitidamente a influência irracionalista de Pascal, representa soberanamente a corrente romântica da filosofia do Séc. XIX, com sua ênfase na evolução, no movimento e na vida. Sua obra se distingue, entretanto, por colocar no centro da evolução do movimento e da vida o indivíduo em sua existência concreta, numa permanente recusa da abstração racionalista no que respeita à natureza humana.

E no pensamento de Kierkegaard que recebem uma formulação algo

mais sistemática os tipos de ansiedade tratados de modo mais ou menos explícito pelos estóicos, por Spinoza, por Pascal: temor da morte e do futuro, o sentimento de impotência diante do irracional, a preocupação com a significação da própria existência, do próprio EU. Os mesmos temas serão incorporados de diversos modos em teorias ou abordagens contemporâneas da ansiedade. Não é sem razão que May (1950) considera Kierkegaard um dos maiores psicólogos de todos os tempos.

Para Kierkegaard não há caminho para existir (implicando conhecer, querer e agir) senão através da ansiedade, companheira inseparável do homem integral concreto. Existir como um EU é arriscar-se; não há existência sem risco.

O pensamento de Kierkegaard como o de Schopenhauer e o de Nietzsche, procura redescobrir a dinâmica reprimida do irracional, quer no mundo, quer no homem.

A renúncia à razão, preconizada pelo romantismo é substituída pela seriedade e pela coragem na filosofia de Kierkegaard. A renúncia romântica, como a antiga resignação estóica, representa uma forma neurótica de libertação. Para Kierkegaard é libertação de algo e não liberdade para algo. A verdadeira liberdade não deriva da racionalização artificial da realidade mas da aceitação leal da ansiedade normal, inseparável da constante aventura de expansão da própria individualidade existencial. Essa expansão é o caminho do conhecimento verdadeiro e da perfeição ética.

O remédio contra a ansiedade é a aceitação corajosa e não-racionalizada da ansiedade normal, do risco do erro e da culpa. O único caminho para escapar da ansiedade neurótica é libertar-se dos sistemas racionalistas, das abstrações intelectuais e aceitar a contradição entre a própria opção e a determinação irracional da ação ou da própria vontade. A coragem

de enfrentar a contradição entre a própria razão e o instinto, entre a própria verdade e a verdade alheia é que liberta o Indivíduo da ansiedade neurótica. A ansiedade normal é a própria significação da existência pessoal: a ansiedade neurótica é a negação da existência.

Libertar-se é a coragem da contínua aventura em novas áreas do auto-conhecimento e da responsabilidade de ser fiel ao próprio EU.

A realização da existência individual, para Kierkegaard, envolve também a expansão do relacionamento do Indivíduo com os demais Indivíduos.

"O gênio é o mais forte de todos na hora do perigo e a ansiedade assalta-o, um momento antes e um momento depois, nesse minuto temeroso em que deve dialogar com o desconhecido supremo: o destino. Talvez a sua angústia culmine no momento depois, crescendo a impaciência da certeza intensamente à distância, pois há sempre cada vez mais a perder quanto mais se está perto da vitória..."(Kierkegaard, 1972).

Diversamente de Kierkegaard, para quem a condução de vida individual ou a ampliação da própria existência é um devir errático e aventureiro, Nietzsche admite uma direção constante do indivíduo: a vontade de potência, e é sobre esse princípio que se constrói a sua teoria moral.

A filosofia de Nietzsche é uma retomada da preocupação com uma teoria moral libertadora do conflito racional-irracional, razão e instinto, reconhecido como uma fonte do sofrimento, da ansiedade humana.

Com Nietzsche o apelo à coragem recebe uma formulação nova em dois sentidos: ela não brota da mera aceitação das contradições do conhecimento e da vida humana, mas sim da crítica dos códigos morais impostos ao homem, através da História; e mais, a coragem não é a alternativa que resta ao homem, diante de sua impotência ante o cosmos e ante o irracional dentro

de si mesmo, mas sim a forma mais perfeita de realização da existência individual. A mola mestra do Indivíduo é a sua necessidade de sobrepujar o que o ameaça ou lhe transcende: é a "vontade de potência".

Nietzsche dá um passo além na direção da Psicologia: ele formula uma teoria da motivação humana para o conhecimento e para a opção moral: o motivo-mestre é a vontade de potência e qualquer bloqueio dessa vontade, ou, noutros termos, qualquer situação de impotência violenta a natureza do homem e lhe traz o desconforto da ansiedade.

Nietzsche dá ênfase especial à ameaça ou ao desconforto efetivo que brota do conflito razão-e-impulso e sua teoria ética a esse respeito é praticamente uma teoria clínica anti-ansiedade. Ele, à semelhança de Kierkegaard considera a ansiedade provinda da contradição razão-impulso como condição necessária da verdadeira realização da existência humana; também para Nietzsche a "inquietação" do homem e a sua necessidade de optar continuamente (de modo a aumentar sua potencia) não é um destino negativo, mas uma condição positiva essencial para sua realização.

Para Kierkegaard a ansiedade patológica deriva do poupar-se dos riscos inerentes à ansiedade normal; para Nietzsche o patológico e o imoral praticamente se identificam e correspondem às distorções da vontade de potência, seja por supressão racional dos impulsos, seja por realização irracional, acritica desses últimos.

Uma das tendências contemporâneas no campo da teoria da ansiedade é a de incluir como elemento típico dela a percepção de impotência em uma dada situação. Nietzsche antecipa de quase um século, um tipo de enfoque científico da ansiedade.

Em Nietzsche encontramos uma relação estreita com procedimentos de

treinamento operante de um lado, e com mecanismos de defesa freudianos, de outro.

A impotência diante da força dos impulsos repugna à natureza do homem e o coloca em conflito. O controle da violência do instinto é, pois, essencial para a felicidade e a perfeição.

Um método seria "abandonar-se deliberadamente à satisfação desenfreada do impulso até a saciação, o enjôo ou o nojo. Em termos correntes se diria: até que o impulso seja associado a consequências aversivas e possa então ser naturalmente enfraquecido".

Um outro método seria segundo Giles (1975) assim resumido: "busca-se uma deslocação das forças acumuladas" (do impulso) "obrigando-se a um trabalho qualquer, difícil e fatigante, ou então submetendo-se deliberadamente a novos atrativos e prazeres a fim de dirigir, assim, para novos caminhos, os pensamentos e o jogo das forças físicas...".

A força irracional do instinto é uma fonte fundamental de impotência, já que somente a superação dela assegura ao homem o poder sobre si e conseqüentemente sobre as coisas e os outros. A relação instinto-impotência reaparecerá com clareza a vigor na abordagem freudiana da ansiedade.

A ABORDAGEM FREUDIANA DA ANSIEDADE

O pensamento freudiano no que concerne à teoria da ansiedade é um bom exemplo de como as grandes sínteses filosóficas determinam o desenvolvimento cultural subsequente. De fato, é difícil não ver na teoria freudiana uma formulação clínica da moral de Nietzsche no que se refere aos impulsos. Mas, enquanto Nietzsche partira da crítica da moral, o ponto de partida de

Freud foi a observação clínica, de uma perspectiva fisiológica.

O primeiro escrito de Freud sobre a ansiedade trata-se de um memorando endereçado a Fliess em 1894, 50 anos após "O Conceito de Angústia" de Søren Kierkegaard. No memorando fica patente a formação neurológica de Freud e sua preocupação de encontrar uma explicação da ansiedade no quadro da fisiologia.

Nessa primeira abordagem de cunho nitidamente organicista, a ansiedade é entendida por Freud como mera reação fisiológica ao excesso de excitação nervosa não descarregada. Freud atribui a essa ansiedade entendida como resposta somática uma característica que terá importância em teorias ulteriores: a resposta é, basicamente um feixe de respostas reflexas motoras, respiratórias e circulatórias. O orgasmo sexual interrompido ou frustrado produz as respostas reflexas que constituem a ansiedade.

É em 1895, na "Neurose de Angústia" que Freud introduz de maneira vaga a idéia de objeto da libido enquanto energia, ao relacionar a ansiedade (ainda como síndrome orgânica) à percepção de perigos internos ou externos correspondentes a excitações sexuais.

Somente mais tarde na "Interpretação dos Sonhos" (1900) e em trabalhos sobre o inconsciente é que se formulará a noção de ansiedade como sinal de perigo. Tendo partido da idéia da ansiedade como síndrome de reflexos e da preocupação de explicá-la fisiologicamente, Freud de início distanciou-se das concepções filosóficas de cunho obviamente afetivo-cognitivista, nas quais a ansiedade era basicamente o sentimento de medo ou de impotência diante da morte, do futuro (das coisas) e da insignificação pessoal. É por volta de 1917 que se inicia a transformação do pensamento freudiano no sentido de compreender na definição de ansiedade os conteúdos afetivos ou cognitivos que preocupavam os estóicos. É na obra "A General Introduction to

Psychoanalysis" de 1920 e em "New Introductory Lectures", que a ansiedade ganha o caráter patológico (e clínico) que se manterá em várias abordagens ulteriores.

Na formulação de 1920 Freud mantém seu apego ao modelo fisiológico da constância homeostática das energias orgânicas, para explicar a ansiedade. Assim se mantém o princípio da libido desviada: uma vez que o orgasmo é a perfeita descarga de um impulso e como tal a consumação de uma atividade vital do organismo, o impedimento ou interrupção dessa descarga deveria produzir alterações orgânicas significativas, tais como reações autonômicas circulatórias, motoras e outras. Até esse ponto a explicação é mecanicista e não implica nada de irracional.

É na inoportunidade ou impropriedade funcional daquelas reações autonômicas que Freud encontra o irracional: as reações orgânicas da ansiedade são análogas às do medo, e como o medo se refere sempre a um objeto aversivo ou ameaçador, aquelas reações são totalmente aberrantes quando são referidas a algum objeto ou quando desproporcionais à gravidade da ameaça, e representam assim uma forma inadequada, neurótica de resposta.

A reação ansiosa pode ser objetiva e, neste caso, é equivalente ao medo ou pode não ser objetiva e então é neurótica. Para Freud a ansiedade pode ocorrer ou não dependendo da experiência anterior (do conhecimento da natureza aversiva de um evento ou objeto presente ou futuro) e, mais, do sentimento maior ou menor de poder sobre o mundo externo. O sentimento de poder ou de impotência aparece em Freud como um componente essencial da própria ansiedade.

Uma primeira forma de ansiedade é chamada difusa ou "freefloating" e Freud a caracteriza como o "temor pronto a apegar-se a qualquer pensamento ... afetando julgamentos e induzindo expectativas..."; é uma condição

chamada *temor expectante* ou *expectativa ansiosa*; trata-se de uma condição altamente aversiva "um tormento" no qual a pessoa antecipa sempre os piores resultados e atribui a qualquer incerteza o pior significado. Esse medo constante implica um limiar baixo de ativação a ponto de ser considerado por Freud como um traço de caráter de muitas pessoas.

Freud fala ainda em :

- a) *ansiedade neurótica* e nesta o perigo (interno) deveria ser a exigência de satisfação da *libido reprimida*;
- b) *ansiedade episódica*, não crônica é formulada por Freud como *fobia*. Os tres tipos de *fobia* designam diferentes formas de *inadequação* do comportamento a condições ambientais ou perigos.

Tal *inadequação* pode consistir na *desproporção* entre o perigo e a reação do organismo ou no caráter aberrante dessa relação entendida como estranha à norma da espécie.

O elemento crucial no desenvolvimento da *ansiedade* para Freud é o risco de que a *segurança* obtida pelos comportamentos-sintomas venha a falir diante da *potência* dos impulsos. A *ansiedade* é então a sensação de *impotência* diante dos instintos.

A teoria freudiana da *ansiedade* foi reformulada na obra "Inibição, Sintoma e Angústia" escrita em 1925 e publicada em fevereiro de 1926.

A nova teoria conserva o princípio da *libido reprimida* como o perigo interno temido na *ansiedade neurótica*, embora o conceito sofra uma extensiva *reelaboração* baseada no progresso da experiência clínica de Freud, entre 1920 e 1925. Uma *reelaboração* vigorosa, de segura orientação *psicodinâmica* na qual a busca de uma fundamentação fisiológica do conceito de *libido* em termos de *homeostase* do sistema nervoso é transcurada. Em 1926 a an-

siedade é definida mais claramente como um sinal de perigo interno. Nessa obra a teoria é mais sistemática: versa primeiro a estrutura e origem da ansiedade e, depois suas funções.

Para a teoria psicanalítica freudiana a angústia é uma forma particular de afeto. Afeto na obra freudiana assume várias acepções diferentes. Em algumas acepções, afeto é um fenômeno que ocorre fora do psiquismo, e em outras é um fenômeno psíquico. Afeto refere-se a:

- situações de desprazer e prazer
- descarga visual (expressão de emoção)
- percepção das descargas visuais
- ao registro que acompanha a percepção - engrama mnêmico
- experiência psíquica emocional.

Os conceitos de Angústia Econômica ou Automática e sinal de Angústia são indispensáveis ao tratar do problema da ansiedade na obra freudiana, como assinala Genesca (1980). Estamos utilizando indistintamente os termos "angústia" e "ansiedade" ambos como tradução do original alemão "Angust".

Angústia Econômica ou Automática:

Esta expressão foi introduzida por Freud em seu trabalho "Inibição, Sintoma e Ansiedade" (1926).

O conceito básico sobre o que Freud erige esta primeira proposição sobre angústia é o de tensão física represada — energia acumulada. Tratar-se-ia, segundo ele, de um processo puramente bio-físico. A ocorrência da angústia dar-se-ia quando o sistema nervoso é submetido a um intenso afluxo de energia, que ultrapassa, um valor definido como limiar de tensão, e que não encontrando, ou encontrando insuficiente derivação psíquica procu

ra as vias de descarga visual.

A situação em que o Aparelho Psíquico se encontra, confrontado com um afluxo de excitação no Sistema Nervoso que lhe é excessivo, frente à sua capacidade de tolerância e à sua capacidade de controlar e elaborar esta excitação, é denominada por Freud "Situação traumática". Quando se estabelece a situação traumática (isto é, o nível de catexes ultrapassa determinado limiar de tensão), a energia acumulada sofre uma descarga visceral por vias específicas, que provocará manifestações somáticas que correspondem à "expressão de emoção" desse afeto particular que é a "angústia". O termo angústia econômica vai se referir, em Freud, tanto à situação traumática como à descarga visceral que a acompanha.

Angústia Sinal:

Freud deixa dúvida se sinal de angústia refere-se a engrama ou à sua evocação, em outras palavras, refere-se à estrutura afetiva ou ao estado afetivo. No entanto parece que refere-se a ambas as coisas. Poderíamos dizer que a expressão "sinal de angústia" é empregada com muito mais propriedade quando utilizada para designar estado afetivo. Somente quando evocada a estrutura afetiva de angústia torna-se possível sua função sinalizadora (estado afetivo).

A "Primeira Teoria" de Angústia - Teoria de Angústia Econômica ou Automática:

Como "Primeira Teoria" referimo-nos aos trabalhos de Freud no período em que se mostra particularmente interessado na relação da angústia com a tensão física represada - energia acumulada - tratando-se segundo

Freud, de um mecanismo puramente físico sem relação com o psíquico.

Freud sugere, a partir de observação da ocorrência de um grupo de sintomas muito próximos e conectados entre si e agrupados em torno de um principal - a angústia - apresentando condições e fator etiológico particulares, destacar e separar da nemostemia um síndrome que recebe o nome de neurose de angústia.

De acordo com Freud "o mecanismo da neurose de angústia deve ser procurado num desvio da excitação sexual somática da esfera psíquica e num consequente emprego anormal desta excitação".

Segundo Freud, o processo sexual no organismo sexualmente maduro, quando submetido a um estado de tensão de necessidade sexual, produz-se uma elevação do nível de catexes que, ultrapassando o valor constante, é derivada pelo psiquismo, convertendo-se em estimulação de ordem psíquica. As representações sexuais são energizadas provocando um estado psíquico de tensão libidinal, instalando-se, em virtude do Princípio de Constância, uma urgência no sentido de sua redução, o que só é possível através da ação específica - o coito.

Na neurose de angústia, a excitação sexual, por não encontrar suficiente derivação psíquica, se vê impedida de encontrar as vias para efetuar a ação específica, acumulando-se e descarregando-se sub-corticalmente conduzindo a uma disfunção poli-visceral. O ataque de angústia vai reproduzir, segundo Freud, toda uma série de manifestações somáticas concomitantes ao ato sexual, como alterações circulatórias, respiratórias, genito-urinárias, vaso-motoras, etc.

Na neurose de angústia poderíamos dizer que ocorrem dois momentos - o primeiro momento em que a participação psíquica existe, mas ainda não existe a formação do engrama que vai possibilitar o segundo momento.

No segundo momento há plena participação psíquica. O aparelho psíquico passa a operar com o engrama mnêmico da angústia.

A neurose de angústia comporta então ambos os conceitos : de angústia econômica no primeiro momento e de angústia sinal no segundo momento.

A "Segunda Teoria" da Angústia ou Teoria da Angústia Sinal:

Como "Segunda Teoria" nos referimos às formulações de Freud no período em que se mostra particularmente interessado na relação da angústia com a repressão, tratando-se, segundo ele, do mecanismo que aparece nas psiconeuroses, onde o fator psicológico está necessariamente presente.

Esta Segunda Teoria que trata do papel da angústia no processo psicopatogênico, pode ser dividida em duas fases :

Primeira Fase : "Repressão causa Angústia". Nesta fase, a explicação dada por Freud é a mesma que na Primeira Teoria - a excitação sexual acumulada transforma-se em angústia, mas neste caso, por um outro motivo, a repressão.

Segunda Fase : "Angústia causa Repressão". Esta concepção refere-se às proposições de Freud que encontram sua formulação mais abrangente no artigo "Inibições, Sintomas e Ansiedade", podendo ser resumida nesta afirmação - "Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade"

Freud distingue aqui, por um lado, a angústia automática como resultado de uma situação traumática, constituindo-se um estado de desamparo, "protótipo da situação traumática geradora de angústia". Por outro lado,

distingue a angústia sinal, como resultado de uma ação defensiva do "ego" como reação a uma ameaça de ocorrência de uma situação traumática, constituindo-se uma situação de perigo.

De acordo com as últimas colocações teóricas de Freud, que é a angústia como sinal que provoca a repressão.

Afirmações contraditórias revelam que Freud tinha dificuldade em abandonar sua formulação anterior, mas que, ao mesmo tempo não encontrava nenhum meio de conciliá-la com as novas conclusões a que havia chegado.

Na tentativa de clarificar e solucionar este impasse com a adoção da sistematização proposta por Barros, que engloba as supostas diferentes formulações sobre a angústia num mesmo processo, o processo psicopatogênico. Recoloca-se então, a "Segunda Teoria" da angústia. Ela passa a ser decidida em duas etapas, obedecendo a um critério cronológico - tal como aparece no processo psicopatogênico. (Genesca, 1980).

Primeira fase : "Etapa Defensiva". Esta etapa é comum a todas as operações psiconeumáticas. Recolocando esta fase do processo psicopatogênico diríamos que : frente a situações de perigo o "ego" reproduz mitigadamente a angústia, através da ativação do sinal de angústia o que desencadeia os mecanismos defensivos do "ego" - entre os quais se encontra a repressão - como o objetivo de evitar que o Aparelho Psíquico reexperimente uma situação traumática.

Segunda fase : "Etapa da Escolha de Afeição Psiconemática". Esta etapa refere-se a uma das formas de Histeria, a Histeria de Angústia (ou Histeria Ansiosa).

Na Histeria de Angústia o "afeto" que se encontra liberado pela repressão vê-se impedido a buscar uma "nova via", que no caso, é a transformação em angústia.

Sumarizando diríamos que a angústia é causa dos mecanismos de defesa — entre os quais se coloca a repressão — e um dos seus efeitos.

Na evolução do conceito de ansiedade (ou angústia) segundo Freud, nota-se que o sentimento de impotência evolui gradativamente na elaboração teórica, passando de elemento modulador da sensação de medo na versão de 1920, a uma condição que assegura a aversividade da percepção da ativação fisiológica, a elemento de conexão entre a sensação penosa presente e o trauma, anterior, a condição essencial para a existência do trauma, e daí a significar a própria essência da ansiedade. A ansiedade é fundamentalmente, no apêndice de 1926, a sensação penosa ante a ameaça de impotência ou, em outros termos, a percepção da própria impotência ante a iminência de uma situação análoga a alguma outra em que tal percepção ocorreu, no passado.

A ANSIEDADE SEGUNDO A ANÁLISE EXPERIMENTAL DO COMPORTAMENTO

O positivismo como forma metodológica extremada do determinismo filosófico e outras condições histórico-culturais levaram ao nascimento do comportamentismo americano. Com ele os fatos da consciência, a experiência subjetiva, o conteúdo afetivo das emoções, de par com seu método eletivo de estudo, a introspecção, passaram a ser objeto de crítica epistemológica, metodológica e teórica.

"The Behavior of Organisms" de Skinner (1938), corporifica o ataque metodológico a qualquer voluntarismo ou subjetivismo em psicologia; o

comportamento voluntário não existe, não há opções pessoais, os conceitos são condicionados, as emoções são produtos de controle externo, as idéias são modeladas por controles exercidos pelo ambiente. O homem, com suas emoções e experiências é um repertório de comportamentos. Há lugar para o conceito de ansiedade num tal sistema de princípios? Sim desde que a ansiedade seja definida a partir desses mesmos princípios e desde que se exclua do termo qualquer significado não verificável pelo método que os mesmos princípios legitimaram. A ansiedade segundo o condicionamento operante é uma correlação observada entre uma certa operação (experimental) e determinados efeitos resultantes sobre alguma propriedade do comportamento.

Segundo Estes e Skinner (1941), a ansiedade tem pelo menos duas características que a definem :

1. é um estado emocional que se assemelha até certo ponto ao medo;
2. o estímulo perturbador ... é "antecipado no futuro".

Parece haver uma contradição na definição mas ela é aparente já que as proposições 1 e 2 são definidas : o estímulo perturbador é um estímulo presente (S_1) que no passado foi associado a outro (S_2); não é a ocorrência futura de S_2 que produz a reação mas sim o estímulo presente, S_1 . Além disso, o "estado emocional" é entendido, de um lado, como reação (seja de eferes autonômicos ou de músculos esqueléticos) e, de outro, como efeito sobre a força de certos comportamentos medida em frequência destes por unidade de tempo. O dado que revelaria a ansiedade é a alteração da frequência de um comportamento arbitrariamente escolhido (por razões técnicas de quantificação). E tal alteração é observada a partir de dados médios de grupos de sujeitos experimentais. O que resulta então é uma ansiedade média, sinônimo de alterações médias de um comportamento instrumental, como efeito de um cer

to arranjo experimental.

O paradigma $S_1 - S_2$ de Estes e Skinner não é apenas uma abordagem pioneira, mas é um modelo de abordagem que na sua essência continua largamente adotado.

O procedimento experimental de Estes e Skinner (1941) constava, basicamente das seguintes etapas. Um animal era treinado a pressionar uma barra metálica móvel e essa resposta era reforçada periodicamente com porções de alimento, até que a frequência de respostas se mantivesse relativamente constante; uma segunda etapa era a do "condicionamento de um estado de ansiedade" e consistia em apresentar de quando em quando um som (S_1) que durava cinco minutos e terminava com a aplicação de um choque elétrico (S_2) de curta duração, sem que houvesse para o sujeito possibilidade de fuga ou de esQUIVA desse estímulo aversivo. Prosseguindo com essas operações chegava-se, dentro de alguns dias, a uma redução gradual da frequência de respostas durante o som, a qual atingia índices reduzidíssimos ou mesmo zero. A resposta era suprimida na presença do estímulo condicionado (som) que anteriormente demonstrara não ter efeito sobre a frequência de respostas; a supressão chamou-se, pois, condicionada e o índice de supressão passou a indicar a magnitude da ansiedade. A conclusão é a de que "apresentações repetidas de um som terminando por choque elétrico produziram um estado de ansiedade em resposta ao som, sendo o índice primário uma redução da força do comportamento motivado pela fome, durante o período de som" (Estes e Skinner, 1941).

O paradigma $S_1 - S_2$ foi discutido em suas implicações metodológicas num artigo clássico de Schoenfeld, de 1950. Esse artigo abre, segundo Moirer (1960), uma possibilidade de definição de "medo" em termos operantes.

Schoenfeld entende o S_1 como um estímulo condicionado por pareia-

mento a S_2 , este um estímulo lesivo, aversivo. Desse modo, S_1 torna-se capaz de eliciar, à maneira pavloviana os respondentes desencadeados originalmente por S_2 . Há uma diferença em relação a Estes e Skinner: o choque é aversivo, segundo o texto de Schoenfeld, o que explica a aquisição de função aversiva por parte de S_1 ; para Estes e Skinner, nem o som nem o choque quando provocados antes do treinamento, tinham intensidade suficiente para perturbar a frequência de respostas (Schoenfeld, 1950; Estes e Skinner, 1941).

É importante lembrar também os estudos sobre consequências operantes da sinalização de eventos ou períodos aversivos, em arranjos diversos do modelo clássico de Estes e Skinner (1941). São relevantes o de Sidman e Boren (1957), em que os animais demonstraram preferir uma situação de punição a uma de espera (sinalização) de punição, e o de Harsh e Badia (1974) no qual todos os sujeitos experimentais (animais) mostraram preferir uma situação em que choques ocasionais eram sinalizados a outra em que ocorriam sem qualquer sinalização.

O paradigma $S_1 - S_2$ parece demasiadamente simples. O próprio Schoenfeld admite "Com o passar do tempo seremos provavelmente obrigados a ampliar nossa definição para incluir paradigmas e efeitos comportamentais mais elaborados, no homem e no animal".

A avaliação da contribuição da análise experimental do comportamento ao estudo da ansiedade não pode alicerçar-se apenas nas exposições de Estes e Skinner e de Schoenfeld. O progresso na direção de "paradigmas mais elaborados", não obstante o acúmulo de experimentos, tem sido reduzido, como mostra o trabalho de Sidman (1964), cuja síntese dos procedimentos operantes na área indica a escassez de inovações no paradigma clássico.

Igual carência de "paradigmas mais elaborados" se manifesta no

elenco de estudos considerados no artigo crítico de Blackman (1972), no qual ele conclui que, nos estudos que selecionou para revisão, incluídos os seus, "a precisa natureza da ansiedade presumida ainda espera uma especificação".

Sidman em 1964, publicou um artigo com o título de "Anxiety". Nesse artigo Sidman considera que a ansiedade é relatada em inúmeras situações e definida de múltiplas maneiras e que, portanto, é de sua natureza a ubiquidade e a pessoalidade: para cada pessoa sua ansiedade é uma verdade em bora não o seja para outra pessoa (principalmente se for um comportamentista). "Mas toda ansiedade é verdadeira para a pessoa que a exprime".

Sidman resume a especificação científica de ansiedade, exemplificada em tres diversos arranjos experimentais que tipificam, a seu ver, situações de ansiedade: a esQUIVA clássica ou sinalizada, a esQUIVA de Sidman e o procedimento de Estes e Skinner.

Esses tres procedimentos de laboratório descritos por Sidman, envolvem a aplicação de estímulos aversivos ambientais, choques elétricos, mas as respostas típicas da ansiedade comparecem na ausência dos choques e podem até mesmo conduzir à eliminação dos choques, exceto no caso da supressão condicionada. Mas o fato de se haver obtido supressão sem aplicação de choques permite entender que, nos tres arranjos experimentais, o choque ser ve como um artifício para tornar aversiva a percepção de impotência e, mais, o medo de que tal percepção venha a repetir-se. Noutros termos: as respostas fisiológicas e comportamentais de ansiedade de ansiedade são o desempenho possível, cuja função é a esQUIVA da percepção aversiva de impotência. Também nos estudos de laboratório, portanto, o que de fato é aprendido pelos animais é a ameaça de impotência, uma impotência que será tanto mais aversiva quanto mais premente for o exercício de um desempenho funcional, ou

quanto mais premente for o exercício de algum controle sobre o ambiente. Quando Sidman diz que todas as técnicas experimentais para o estudo da ansiedade são "coercitivas", está implícito que todas elas envolvem presença do exercício do controle sem possibilidade para tanto. O arranjo típico do laboratório se reduz, assim, à ameaça de impotência sem possibilidade de terminar ou evitar a ameaça (S_1) mesmo que se evite (S_2), como ocorre nos experimentos sobre esquiva discriminada ou livre. Não importa neste ponto, que S_2 seja a estimulação aversiva, a retirada de reforçamento positivo ou o não-reforçamento.

Dentro da análise experimental da ansiedade podemos nos referir a dois grupos de pesquisadores "behavioristas" e "neobehavioristas" que realizaram estudos sobre o fenômeno ansiedade. Um deles concebe ansiedade como resposta ou respostas a situações desagradáveis mas antecipatórias, não diretamente observáveis e adquiridas, conforme descrição de Montague (1953). O outro grupo concebe ansiedade como resposta ou respostas a situações desagradáveis, antecipatórias mas observáveis diretamente, também adquiridas. Pode-se perceber que a diferença entre as duas concepções reside na aceitação ou não de que as respostas classificadas como de ansiedade são observáveis e mensuráveis diretamente. O primeiro grupo que concebe ansiedade como sendo algum tipo de resposta não observável diretamente pertence à linha teórica e experimental de Clark L. Hull (1943, 1951, 1952) e de seu discípulo e continuadora Kenneth W. Spence (1956, 1958, 1960). A segunda forma de considerar ansiedade como sendo uma classe de respostas observáveis, provém do grupo de pesquisadores liderados por B.F. Skinner (1938).

Estes dois grupos estudam ansiedade no laboratório através de experimentação com seres humanos (principalmente o "hulliano") e com animais (principalmente o "skinneriano"). Usando uma terminologia própria de cada

um dos "modelos" científicos elaborados por esses estudiosos, os seguidores da linha Hull-Spence tratam a ansiedade como parte de um constructo teórico, tratando ansiedade como uma série de comportamentos predominantemente de tipo "respondente", ligados ao sistema nervoso autônomo, e que ocorrem sob condições típicas de estimulação pré-aversiva (Keller e Schoenfeld, 1950).

A teoria básica que está por trás das tentativas para desenvolver um instrumento capaz de medir determinados graus de emocionalidade humana de tipo "desagradável", como a ansiedade, foi desenvolvida por Clark, L. Hull (1943, 1951, 1952) cuja teoria de comportamento foi erigida com o uso não só de conceitos de estímulo e resposta, variáveis independentes e dependentes, mas também através de variáveis intervenientes.

Segundo Hull, o potencial excitatório ou potencial de reação sEr , que determina a força de uma resposta, é uma função multiplicativa de um fator de aprendizagem sHr e de um fator genérico de impulso D , isto é,

$$sEr = sHr \times D \quad (\text{Hull, 1943}).$$

Seguindo as pegadas de Hull, um de seus discípulos, Kenneth W. Spence, também representante da corrente neo-associacionista (ou neoberaviorista) de grande prestígio em países como os Estados Unidos, procurou desenvolver as idéias iniciais de Hull. Uma das preocupações especiais de labor experimental e teórico de Spence é o problema da estimulação nociva ou aversiva em relação ao comportamento, e daí suas "implicações diretas para a ansiedade. Na década de 1950-60, Spence iniciou na Universidade de Iowa uma série de estudos relacionados a essa questão do ponto de vista da aprendizagem (Spence, 1960).

A ANSIEDADE SEGUNDO A PSICOLOGIA EXISTENCIAL

Enquanto tendência do pensamento, reflete um clima cultural que é, no caso, o do pensamento humanístico contemporâneo.

A influência dominante é a da filosofia existencialista de Kierkegaard, Jaspers, Heidegger e principalmente de Nietzsche. Desses filósofos, a psicologia existencial incorporou temas essenciais para a elaboração teórica da ansiedade e para seus princípios de abordagem clínica, tais como o primado da existência sobre a essência, a ansiedade como condição de auto-realização, o conceito de EU, a teoria do valor. A teoria da ansiedade, na psicologia existencial, é a síntese desses temas e, enquanto sistema de conceitos, constitui apenas o desenvolvimento em forma mais lógica de pensamento de Kierkegaard e Nietzsche, mais que de outros filósofos existencialistas; praticamente todos os textos de May e Willich em matéria psicológica são impregnados de idéias e citações daqueles filósofos.

Método e técnica devem ser, mais que tudo, uma atitude existencial diante da realidade existencial do outro. O problema de estudo ou o distúrbio psicoterápico só pode ser compreendido através do seu significado existencial para o pesquisador ou para o terapeuta; neste segundo caso o "encontro" com o paciente implica a coincidência de significados existenciais entre as vivências da situação por um e por outro.

A psicologia existencial é, pois, antes de tudo, uma atitude filosófica diante do problema do conhecimento, que adota nesse campo os princípios da fenomenologia associados à ênfase existencial sobre a afetividade como condição da realidade e do conhecimento.

Na psicologia existencial a fonte da ansiedade normal é o contínuo desafio à renovação do autoconhecimento e à auto-afirmação. A rigidez

é a negação da própria existência, pois é a fuga da renovação e da ampliação da própria existência subjetiva.

Outra influência determinante a considerar é a do pensamento histórico-culturalista. Para os psicólogos existencialistas cada situação histórico-geográfica determina tipos próprios de contradições culturais que se refletem em formas características de ansiedade nos indivíduos.

A situação conflitiva, desesperada e precária da cultura contemporânea ocupa extensas análises na obra de May (1971, 1974) e de Tillich (1972). A insegurança do conhecimento, a crise da ciência, a precariedade e relatividade dos valores éticos, a massificação da civilização industrial, a desumanização da tecnocracia, são processos fundamentais na explicação existencialista da psicopatologia. Nessa ênfase sobre as contingências culturais, há uma estreita vinculação entre a psicologia existencial e as tendências da psicanálise pós-freudiana representada por Sullivan, Horney, Fromm e outros.

Uma terceira influência determinante da atitude existencialista da psicologia é a ênfase subjetivista do pensamento psicológico europeu no Séc. XX, presente também na obra de William James, cuja importância na evolução da psicologia americana foi decisiva.

Uma influência menor a desaguar na psicologia existencial é a da postura culturalista da psicanálise pós-freudiana, com sua ênfase nos valores individuais, como fontes de conflito e como fundamento da personalidade.

O mérito da psicologia existencial é o da elaboração do conceito existencialista com vistas a inovar a prática clínica e a perspectiva de estudo da vida emocional na interrelação interpessoal e sócio-cultural. Inovação que, de resto, se deve também a W. James, Fromm, Allport e Rogers ao

lado de Merleau-Ponty, Straus e Binswanger.

A ansiedade humana na psicologia existencial tem tres origens : a ameaça pode referir-se à vida física, à vida psicológica (a identidade pessoal), ou ainda a algum valor que o indivíduo identifica com a sua existência como um EU. Temos então tres perigos cuja iminência produz a "apreenção" ou ansiedade: a morte, a inconsistência dentro de si mesmo e a insignificação.

Para a psicologia existencial, o dilema entre a consciência de de terminismo e a da própria liberdade é a condição humana, seria a ansiedade normal.

A "liberdade" como concepção racional de si mesmo é um produto artificial da racionalidade e nesse sentido uma condição de ansiedade neurotica. Normal seria a capacidade de oscilação entre objeto e sujeito, entre determinismo e liberdade.

Os textos básicos da psicologia existencial empreendem vastas excursões críticas sobre os sistemas sociais e políticos como pressões permanentes a ameaçar qualquer auto-conhecimento e qualquer ampliação da experiência. Mais ainda, apontam nesses sistemas constantes incongruências entre valores e práxis, de um lado, e entre valores de vários tipos, de outro. A massificação nas atuais civilizações urbanas, a progressiva redução da margem de criação individual e a valorização da eficiência econômica em detrimento da ampliação da experiência pessoal são aspectos típicos de uma "era da ansiedade" em que a preservação da identidade individual é permanentemente ameaçada. Os valores e as exigências postas para a sobrevivência física em uma tal civilização constituem sinais de um perigo: o de perder a própria identidade e autonomia valorativa, o perigo da "contração da autoconsciência".

As alternativas que as pressões sócio-culturais permitem são basicamente tres : o conformismo, que é a negação do papel do sujeito avaliador, criador de valores, ou a rigidez que limita a ampliação da experiência no grupo social ou, ainda, a única possibilidade que aceita a ansiedade normal e portanto conjura a ansiedade neurótica : a aventura da expansão e renovação dos próprios valores, e assim a ampliação da própria existência. O aspecto ético dessa aventura é a coragem de ser, o ato supremo e soberano de afirmar-se e resistir como um eu, não como sujeito, nem como objeto, mas sim como sujeito-objeto.

A psicologia existencial explica em seus termos, o princípio Kierkegaardiano de que "quanto mais possibilidades criativas um homem tem, maior a sua ansiedade potencial". E quanto mais as possibilidades de criar valores, maior o risco de ver-se atingido.

As fontes de ansiedade são sempre eventos que precedem um dano grave, o qual pode ser a finitude (morte, doença, decadência física) ou perda do próprio EU (perda de identidade, insignificação) ou a inconsistência entre o sistema pessoal de valores e as evidências racionais de falência de um valor.

Mas, além de mencionar e discutir tipos de ameaças geradoras de ansiedade, a psicologia existencial não é explícita quanto à natureza do estado gerado por tais ameaças que, em verdade, se referem a um perigo único: o da morte (física ou do EU). O estado de Ansiedade é vagamente especificado tanto por May como por Tillich; só o primeiro, aliás, demonstra algum interesse, reduzido, pelo assunto. É um estado de apreensão e insegurança diante de um evento que apenas anuncia um perigo; essa insegurança acompanha-se de processos fisiológicos de ativação, sendo aquela e esses altamente aversivos, penosos. É tudo o que se encontra, numa ou noutra forma

na obra de May, sobre as características do estado de ansiedade (May, 1971).

Para uma teoria da ansiedade a originalidade da contribuição da psicologia existencial se concentra em dois aspectos. O primeiro é a ênfase em ameaças subjetivas, e numa sobrevivência que nada tem a ver com os pressupostos evolucionistas darwinianos. O segundo é a tradução da teoria nietzschiana da vontade de potência em termos psicológicos, com seu corolário da capacidade de avaliar como o núcleo da existência psicológica e da criatividade humana.

Os tipos de ansiedade, apresentados por May, recebem uma formulação mais profunda em "A coragem de Ser" de Paul Tillich.

Quanto à natureza da ansiedade, enquanto estado psicológico ou psicofisiológico, Tillich é menos explícito que May. Este, em "O homem à Procura de Si Mesmo", caracteriza o estado de ansiedade como ativação fisiológica, perturbações discriminativas e processos afetivos altamente aversivos" (p. 33-36).

"A ansiedade desorienta o ser humano, afastando o conhecimento nítido do que e de quem ele é, enevoando a realidade que o rodeia..." "É nesta confusão referente a quem somos e o que deveríamos fazer que reside o aspecto mais penoso da ansiedade". (May, 1971).

PROCESSOS COGNITIVOS NA ANSIEDADE

A ansiedade é, de algum modo, um estado percebido de certa maneira, consequência de certos eventos e gerador de comportamentos. Inclui elementos antecedentes e consequentes.

A natureza dos antecedentes e suas relações com o estado psicofisiológico resultante são problemas tratados principalmente em dois tipos de abordagens: a experimentalista e a cognitivista.

Na experimentalista os antecedentes consistem na presença de um comportamento (positivamente motivado) em curso e na apresentação de períodos de $S_1 - S_2$, sendo S_1 um estímulo que assinala a iminência de S_2 , uma condição aversiva. Mas, a rigor, o antecedente funcional é apenas S_1 ao qual se atribuem uma função de aliciador condicionado de respondentes autônomicos e uma função reforçadora negativa secundária.

A abordagem cognitiva caracteriza-se precisamente por admitir que a ansiedade implica processos de conhecimento além das funções dos estímulos.

Os trabalhos de Lazarus (1966) e o de Mandler e Watson (1966) representam a abordagem cognitivista da ansiedade.

O trabalho de Lazarus (1966) é "Psychological Stress and the Coping Process". Nele há uma crítica extensa e minuciosa das concepções teóricas da ansiedade. Essa crítica levanta questões teóricas decisivas, como a questão: a ansiedade é uma resposta ou uma condição estimuladora? Num tratamento genuinamente filosófico a ansiedade é resultante de atos cognitivos. Qualquer que seja seu conteúdo em pormenor, ela é sempre um estado de desprazer, insegurança ou impotência, derivado do conhecimento da iminência da morte, da prepotência do irracional ou da perda de significação. As abordagens de Spinoza, Kierkegaard, Nietzsche, Freud e na filosofia existencialista entendem a ansiedade como efeito, se não como resposta isolável e quantificável.

O importante é considerar se tal efeito implica ou não processos cognitivos, subentendendo-se que, enquanto efeito, a ansiedade pode ser uma

resposta, reação, estado fisiológico, estado emocional ou tudo isso a um só tempo.

Para Lazarus (1966) a ansiedade é uma resposta afetiva, uma "experiência de um estado afetivo disfórico" qualquer que seja a procedência da estimulação desencadeadora: o ambiente externo ou um impulso interno. Assim, a ansiedade não se distingue de qualquer estado ou condição afetiva aversiva.

O que distingue a ansiedade de outros estados afetivos e lhe dá especificidade é sua dependência de uma ameaça, de uma percepção de perigo: a ansiedade é um estado que resulta da apresentação de um sinal, um estímulo que significa algo. É neste ponto que a abordagem cognitivista baseia sua coluna mestra.

O ato de conhecer algo como ameaça implica a atribuição, a um dado estímulo, de um significado específico, resultante da experiência precedente com tal estímulo ou condições similares. Não é a percepção de um som que gera ansiedade: é a percepção de um som com seu significado. É a atribuição de significado é um processo cognitivo de interpretação: a ansiedade resulta da interpretação do estímulo como ameaça.

A formulação de Lazarus (1966) se desenvolve a partir de três idéias mestras: a de que a ansiedade é uma resposta (a avaliação da ameaça); essa avaliação é essencial para caracterizar a ansiedade como um estado emocional específico; a avaliação é um processo cognitivo com características de variável interveniente.

Atavismo, aprendizagem, instinto, resquícios de trauma do nascimento, vontade de potência, apego ao EU, são tentativas, diversas de explicação de um fato único: certos eventos atuam ou passam a atuar como sinais de

perigo, como ameaças, seja de sofrimento, seja de impotência, ou de aniquilamento físico ou psicológico. Esses eventos sō causam um estado aversivo quando efetivamente sinalizam iminência daquelas condições, isto é, quando ameaçam.

A originalidade maior da contribuição cognitivista de Lazarus reside na consideração de que a avaliação de um estímulo como ameaça é um processo cognitivo com características de variável interveniente entre o estímulo e o estado "disfórico" conseqüente com seus desdobramentos fisiológicos e comportamentais.

Lazarus (1966) escreve "A noção de avaliação nos obriga a admitir uma certa personalidade (que compreende certos motivos, expectativas, maneiras de pensar) a respeito dos aspectos de uma situação que são relevantes para serem ameaçados...". Pode-se entender que a avaliação resulta de motivos individuais, das expectativas de cada pessoa e de sua maneira de pensar.

Lazarus reconhece "a abstração e complexidade do processo de avaliação e sua dependência de significados derivados da experiência passada...".

No texto de Lazarus ora a ameaça é condição sine qua non da ansiedade, ora é a avaliação. Suas definições ficam pouco claras e às vezes circulares.

Para efeitos de elaboração de uma teoria da ansiedade o que importa na concepção de Lazarus é a indicação de que um processo perceptivo específico é condição geradora de stress, envolvendo ativação fisiológicas e respostas afetivas no caso da ansiedade e que tal processo perceptivo implica a experiência anterior do sujeito.

A contribuição de Lazarus à teoria da ansiedade apresenta diversas dificuldades. Sua importância maior está em provocar a ênfase sobre

as propriedades da situação estimuladora e nas características perceptivas dos estímulos, ênfase que não se inclui nos pressupostos da posição de Lazarus, mas que decorre das dificuldades e contradições envolvidas no sistema de inferências em que se fundamenta.

Em todas as abordagens examinadas até aqui, a ansiedade é tida, basicamente, como um estado aversivo diante de uma situação ou um estímulo que, de algum modo, sinaliza a iminência de um dano, uma condição aversiva. Lazarus (1966) concentra sua atenção sobre o processo que liga tal estímulo ao estado aversivo de ansiedade, procurando os mecanismos requeridos, na atividade cognitiva do sujeito, entre a apresentação do estímulo e o surgimento do estado aversivo. Dá assim, um passo além das formulações filosóficas e as da psicologia existencial que apenas pressupõem processos de conhecimento como antecedentes da ansiedade enquanto estado. Mas, o mecanismo interveniente de Lazarus padece de deficiências metodológicas evidentes, não obstante a elegância teórica que reveste.

G. Mandler e D. L. Watson publicaram em 1966 um trabalho intitulado "A Ansiedade e a Interrupção do Comportamento", no qual desenvolvem a idéia de que "a interrupção de uma sequência organizada de comportamento serve como uma condição suficiente para evocar ansiedade".

O trabalho de Mandler e Watson não configura uma abordagem exclusivamente cognitivista; pois, nenhum processo cognitivo específico é apresentado como variável independente sine qua non da ansiedade, embora algumas modalidades de ansiedade derivem de alterações em processos cognitivos. É uma abordagem que tem duas características apreciáveis numa teoria: simplicidade e inclusividade.

Na acepção de Mandler e Watson a interrupção é a mera descontinuidade criada numa sequência de atividades aprendida ou planejada como um to-

do, na qual fins e meios, respostas e impulsos formam um todo unitário. Não é só o impedimento da redução ou satisfação do impulso, mas qualquer interrupção, em qualquer ponto da sequência, que pode bastar para gerar a ansiedade. A ansiedade como estado resulta da percepção da impossibilidade de controle sobre a interrupção. Não é necessária a exposição precedente a estímulos aversivos, nem a apresentação atual de algum estímulo aversivo condicionado e - o que é mais importante - a antecipação ou previsão de um dano futuro não é condição geradora do estado de ansiedade. Pelo contrário: uma punição prevista ou antecipada passa a fazer parte de uma sequência planejada ou prevista de comportamentos; a antecipação é uma condição inversamente proporcional à grandeza da ansiedade. De acordo com a teoria de Mandler e Watson (1966) haveria maior ansiedade se um choque elétrico esperado, antecipado, não fosse liberado na situação experimental.

A teoria de Mandler e Watson entende a ansiedade como uma contingência inevitável no fluxo do comportamento dos organismos e atenua-lhe o aspecto de acontecimento excepcional e de conflito de motivos específicos. Qualquer comportamento pertence a uma sequência natural, aprendida ou esperada, em que se encadeiam alterações ambientais e atividades dos organismos; e qualquer dessas sequências está sujeita a impasses devidos a eventos estranhos.

A função aversiva da ansiedade reside precisamente na percepção de perda do controle sobre o ambiente ou sobre o próprio organismo.

O conceito de controle, que é elemento nuclear da teoria de Mandler e Watson, não se refere apenas à possibilidade de manipulação ativa sobre as condições do organismo e do ambiente. Existem eventos e cadeias deles, em que a atuação objetiva do organismo é praticamente nula. Em tal caso, a sequência estará sob controle quando seu curso corresponde à expectativa do

sujeito e haverá interrupção quando algum evento inadvertido determina a paralisação da sequência esperada (planejada). Como exemplo podemos citar: a evolução dos debates em um tribunal pode corresponder à sequência esperada pelo réu ou por seu advogado mesmo que a promotoria de quando em quando a-presente argumentos ameaçadores. O controle se perde quando uma prova inesperada é aduzida pelo promotor.

A teoria de Mandler e Watson articula-se como vemos sobre a idéia de interrupção de uma sequência aprendida ou esperada e trata assim de uma das fontes clássicas da ansiedade ao longo dos séculos: o imprevisto, a interrupção. Não parece dar ênfase à outras fontes: o irracional, a culpa e a morte. Essa distorção ou parcialidade é aparente, pois, segundo a letra e o espírito da teoria, o irracional, a culpa e a morte so geram ansiedade enquanto interrupções, enquanto imprevistos: já se disse que a natureza aversiva de uma condição não lhe confere poder de gerar ansiedade.

A morte, enquanto parte de uma sequência planejada, não é necessariamente fonte de ansiedade. A morte enquanto interrupção final antecipado gera ansiedade, não porque existe aqui uma antecipação de condição aversiva, mas porque se antecipa com a morte a total impossibilidade de sequências alternativas. A espera da morte, entendida como término da vida, é a própria antevisão da impotência total. O eremita que inclui a morte como passo intermediário de uma vida espiritual eterna não tem por que sentir-se ansioso.

TEORIA DO TRAÇO E ESTADO DE ANSIEDADE DE CHARLES D. SPIELBERGER

Spielberger, na consideração de ansiedade como fenômeno emocional, procede do exame do conceito de emoção em uma perspectiva histórica psicológica e discute teorética, metódica e terminologicamente dados que aparecem na

investigação de ansiedade, como emoção subjetivamente percebida.

Usa, então, o termo emoção para referir "estados sentidos, complexos, qualificativamente diferentes ou condições do organismo humano que tem propriedades fenomenológicas e fisiológicas" (Spielberger, 1966).

Enfatiza que as propriedades fenomenológicas-experienciais de emoções devem ser investigadas a par dos padrões de respostas físicas e comportamentais associadas com estimulação emocional. Uma teoria compreensiva requer conceitos que levem em conta, além destes padrões, os aspectos fenomenológicos das reações emocionais pois, a qualidade e intensidade dos sentimentos experimentados num estado emocional parecem ser suas características únicas e distintivas.

Para uma compreensão dos fenômenos emocionais é mister o uso de métodos adequados para distinguir qualitativamente diferentes sentimentos e avaliar sua intensidade, bem como suas mudanças. Os aspectos fenomenológicos da emoção podem ser investigados pelo uso de informes verbais estruturados sobre a experiência emocional.

No tratamento da ansiedade, como uma emoção específica, interessei a Spielberger tanto as propriedades fenomenológicas e a qualidade e intensidade dos sentimentos experienciados como os padrões de respostas fisiológicas, e, mais especialmente, as condições evocadoras da emoção.

A teoria do traço e estado de ansiedade distingue conceitualmente e operacionalmente entre ansiedade como estado transitório e ansiedade como traço relativamente estável de personalidade, bem como distingue entre estado de ansiedade e condições estímulos que a evocam e as defesas utilizadas contra ela.

Basowitz, Bersky, Korchin e Grinker (1955) definem ansiedade, de

modo consistente com a teoria freudiana, como "a consciência e experiência relatada de intenso medo e pressentimento, conceituados como derivados internamente e não bem relacionados com ameaça externa".

De modo em muitos aspectos comparável a Basowitz et all e a concepção freudiana, Spielberger define estado de ansiedade "como estado emocional que consiste em desprazer, sentimentos conscientemente percebidos de tensão e apreensão com ativação associada ou estimulação do sistema nervoso autônomo". (Spielberger, 1966).

O estado de ansiedade (A-estado) é conceptualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Escores em A-estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo.

O traço de ansiedade (A-traço) refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Como um conceito psicológico, traço de ansiedade tem as características de uma classe de construtos que Atkinson (1964) chama "motivos" e que Campbell (1963) se refere como "disposições comportamentais adquiridas". Motivos são definidos por Atkinson como disposições que permanecem latentes até que uma situação as ative. Disposições comportamentais adquiridas, de acordo com Campbell, envolvem resíduos de experiências passadas que predis põem um indivíduo tanto a ver o mundo de determinada forma quanto a manifestar reações objetivas e realísticas.

Os conceitos de estado e traço de ansiedade podem ser considerados como análogos em certos aspectos à energia cinética e energia potencial

em física. O estado de ansiedade, como a energia cinética, se refere a um processo ou reação empírica tendo lugar num momento particular no tempo e a um nível dado de intensidade. O traço de ansiedade, como a energia potencial, indica diferenças na força de uma disposição latente para manifestar um certo tipo de reação. Enquanto a energia potencial denota diferenças entre objetos físicos na quantidade de energia cinética que pode ser libertada se excitada por uma força apropriada, o traço de ansiedade implica em diferenças entre pessoas na disposição para reagir a situações de tensão com quantidades variáveis de A-estado.

Em geral, seria de se esperar que aqueles que têm alto A-traço de monstrariam elevações de A-estado mais frequentemente do que os indivíduos de baixo A-traço, porque eles tendem a reagir a uma larga faixa de situações como perigosas ou ameaçadoras.

Pessoas de alto A-traço também são mais propensas a responder com aumentos de intensidade do A-estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à auto-estima.

Achou-se, por exemplo, que circunstâncias em que se experimente fracasso ou em que a suficiência pessoal é avaliada (ex. fazer um teste de inteligência), são particularmente ameaçadoras para pessoas com alto traço de ansiedade (Spence e Spence, 1966); Spielberger, 1966 b; Spielberger e Smith, 1966). Mas se pessoas que diferem em A-traço mostrarão ou não diferenças correspondentes em A-estado, depende do grau em que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, e isso é grandemente influenciado por experiências passadas do indivíduo.

A teoria também reconhece portanto a centralidade da avaliação cognitiva e a experiência passada do indivíduo em situações similares, na evocação do estado de ansiedade.

Um estímulo interno ou externo que é cognitivamente avaliado como ameaçador inicia um processo, com eventos temporalmente ordenados, que determinará reações de estado de ansiedade, podendo ser evocados mecanismos de defesa os quais reduzem o estado de ansiedade ou altera a avaliação cognitiva da situação.

A avaliação de um estímulo particular ou situação como perigosa é influenciada pelas aptidões da pessoa, suas experiências pregressas e pelo seu grau de traço de ansiedade, como também pelo perigo real existente.

A intensidade de estado de ansiedade, então sentida, será proporcional ao grau de perigo percebido e a sua duração dependerá da persistência do estímulo evocador e da prévia experiência do indivíduo. Com a frequência da experiência, o indivíduo poderá desenvolver reações comportamentais, que rapidamente reduzem a ansiedade, ou responder com processos defensivos.

Spielberger propõe uma clara diferença entre stress e ameaça como diferentes aspectos da sequência temporal na situação que evoca ansiedade.

Stress refere-se aos estímulos objetivos que são caracterizados por algum grau de perigo objetivo, numa dada situação, e que como tal, serão percebidos pela maioria das pessoas, embora para uma pessoa em particular, a partir de sua avaliação própria, possam ser percebidos como não ameaçadores.

Ameaça, assim, refere-se a percepção idiossincrásica do indivíduo a respeito da situação como ameaçadora. A percepção avaliativa dependerá de

suas disposições pessoais como de suas experiências.

As principais assertivas da teoria, que examinamos são as seguintes :

- Estímulos internos ou externos avaliados pelo indivíduo como perigosos ou ameaçadores evocam estado de ansiedade. Através do mecanismo de "Feedback" sensoriais e cognitivos, o estado de ansiedade é experimentado como desagradável, com sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos.
- Um estado de ansiedade, que tem caráter frequentemente transitório, existe num dado momento e sua intensidade e duração estão na relação da quantidade de ameaça que os estímulos colocam para o indivíduo e do modo como estes são avaliados, podendo durar mais tempo quando evocam condições persistentes.
- Indivíduos com índice elevado de traço de ansiedade perceberão situações ou circunstâncias que envolvem insucesso ou ameaça a auto-estima como mais ameaçadoras, do que pessoas de índices baixos de traço, elevando, assim, seu nível de estado de ansiedade.
- Sarason (1960) enfatiza o significado especial de situações experimentais, que estimulam tendências de auto-depreciação para indivíduos com alto índice de traço de ansiedade.
- Atkinson sugere que medo de falhar reflete-se caracteristicamente em sujeitos de índices altos de traço.

Investigações experimentais (Spence e Spence, 1966; Mandlere Sarason, 1952; Spielberger, 1962; Denny, 1963 e Spielberger, 1966) tem sido

geralmente consistentes com as sugestões de Atkinson e Sarason e fornecem em basamento empírico para a assertiva da Teoria do Traço e Estado de Ansiedade - sujeitos com alto nível de traço, sob aquelas condições, reagem com mais elevado estado de ansiedade e, em geral, com maior prejuízo em sua performance do que sujeitos com baixo grau de traço de ansiedade.

O medo de insucesso ou instruções envolvendo o ego produzirão os efeitos mencionados nos sujeitos de alto grau de traço de ansiedade na medida em que estes avaliam a condição específica como ameaçadora e isto será muito influenciado por suas experiências passadas e por sua competência para a tarefa. Assim, uma específica situação que envolve ameaça de insucesso ou ameaça e auto-estima poderá, sobre um indivíduo particular de alto nível de traço de ansiedade, não evocar aumento de estado de ansiedade, se ele não avaliar como ameaçadora.

Sarason (1960) com base em estudos experimentais, concluiu que "... os sujeitos mais alto ansiosos são mais depreciadores de si, mais preocupados consigo e geralmente menos contentes consigo do que os sujeitos mais baixos numa distribuição de ansiedade... isto bem pode significar que instruções envolvendo o ego ou altamente motivadoras servem à função de estimular tendências auto-orientadas".

F. Horowitz (1962) e Lipsit (1968), citados por Kennedy, Wallace, confirmaram este resultado em crianças que sendo altamente ansiosas revelaram, em estudo experimental, menos auto-estima positiva.

Por outro lado, Mc. Candless, Castaneda e Palermo (1956) referem em estudo com crianças que aquelas que são alto ansiosas são menos populares entre seus colegas.

Por outro lado, no que se refere a ameaça física, existe alguma ba

se empírica (embora não suficiente evidência) que favorece a assertiva de que pessoas de elevado grau de traço de ansiedade não percebem situações que envolvem perigo físico como mais ameaçadoras do que pessoas com baixo grau de traço de ansiedade.

- Com vistas a origem e etiologia de diferenças individuais em traço de ansiedade, é estabelecido que experiências passadas dispõem pessoas de elevado grau de traço de ansiedade a avaliar situações que envolvem alguma forma de avaliação pessoal como mais ameaçadoras do que os indivíduos de baixo grau de ansiedade.

O fato de que atitudes de auto-depreciação, em sujeitos com grau elevado de traço de ansiedade (Sarason, 1960), são aumentadas em situações que envolvem ameaça de insucesso ou instruções envolvendo o ego, sugere que estes indivíduos teriam tido experiências familiares implicando em severas críticas, restrições e avaliações negativas, minimizando seu auto-conceito. Possivelmente, experiências infantis influenciam o desenvolvimento de diferenças individuais nos traços de ansiedade.

- Elevações no nível do estado de ansiedade tem estímulos e propriedades impulsivas que podem ser expressas diretamente no comportamento ou podem servir para iniciar defesas psicológicas que, no passado, efetivamente reduziram o estado de ansiedade.

Situações ameaçadoras podem levar o indivíduo a desenvolver respostas copiadas específicas ou mecanismos de defesa que são designados para reduzir ou minimizar o estado de ansiedade.

1.2.2 - MASTECTOMIA

Efeitos Psicossociais da Mastectomia

Mead (1949) concluiu que o seio feminino é tão idealizado nos Estados Unidos que se tornou uma fonte primária da identificação de uma mulher com seu papel feminino. A aparência de seus seios é um critério importante para o sentir-se aceita e desejada como mulher.

Renneker e Cutler (1952) disseram que os seios, além de serem um símbolo de sexualidade são equiparados ao papel da maternidade devido à sua função de serem órgãos geradores de leite. São eles portanto uma porção muito importante da identidade da mulher como fêmea.

A perda de um seio através da mastectomia pode ter um efeito devastador no auto-conceito de uma mulher. O auto-conceito é uma auto-definição formada através de percepções de características individuais, relações interpessoais e extrapessoais, e do valor ligado a essas percepções (Driever, 1976; Rogers, 1959). É composto de dois componentes fundamentais: o self físico e o self pessoal.

Driever (1976) definiu o self físico como a avaliação de uma pessoa de seus atributos físicos, funcionamento, sexualidade, aparência e estado de saúde-doença. A avaliação da mulher de sua imagem corporal ou self físico é consciente ou inconscientemente formada pela percepção de seu corpo, experiências pessoais e emocionais, reações da sociedade e sua própria percepção da imagem corporal ideal (Shoenfeld, 1963). A mulher mastectomizada enfrentará um "baque" tremendo na avaliação de seu self físico ou imagem corporal. Qualquer cirurgia produzirá alterações na sensação de seu corpo estar completo e intacto. A quantidade de ansiedade relacionada à perda de uma parte do corpo dependerá da significância daquela parte (Gruendemann, 1975).

A pesquisa Gallup sobre mulheres, conduzida pela Sociedade Americana de Câncer revelou que 51% de todas as mulheres sentiam que a remoção de um seio as levariam a perder seu sentido de ser mulher (Polivy, 1975).

Num estudo de pacientes mastectomizadas feito por Buls, Jones, Bennett e Chan (1976) a ansiedade e o sentimento de vergonha devido à ausência de um seio ocorreu em 1/3 das pacientes. Essa preocupação com relação ao defeito estético tornou-se um fator importante para o ajustamento à mastectomia, assim como o sentimento de incapacidade física. As sequelas mais frequentes, além do desfiguramento foram edema no braço e endurecimento do tecido na região da cicatriz.

Bard e Sutherland (1955) descobriram que algumas mulheres baseavam sua aceitação como mulheres através da atratividade de seu corpo. Tais mulheres sentiam que a vida poderia não valer a pena ser vivida se seus seios fossem amputados. Bard e Sutherland (1955) acharam três fontes básicas de ansiedade pós-operatória em mulheres mastectomizadas. A primeira é o sentimento de que elas sacrificaram tanto do corpo que os outros sistemas também ficariam comprometidos. A segunda é o sentimento de que seu corpo ficou tão fragilizado que se tornou vulnerável a outros danos. A terceira é o sentimento de que o seu corpo está marcado, fora de qualquer possibilidade de reparação; e portanto, inaceitável a ela própria e aos outros.

Um trabalho de Maguire (1975) confirmou que o câncer de mama e seu tratamento estão associados com problemas psicológicos e sociais consideráveis. Nesse estudo as mulheres se descreveram pós-cirurgia fazendo uso de frases e palavras tais como: "segunda classe", "abaixo do padrão", "desfigurada", "esquisita", "incompleta", "anormal" e "inadequada". Mais de 1/3 das mulheres desse estudo se tornaram muito ansiosas e deprimidas a ponto de sentirem que a vida não tinha mais sentido.

O self pessoal pode ser dividido em self moral-ético, "consistência do self" e self-ideal / self-expectância. O self moral-ético é a porção do self pessoal que observa, estabelece padrões de comparação e avalia quem essa pessoa diz que ela é (Driever, 1976). Perley (1976) definiu o self moral-ético como uma percepção pessoal do que "é certo", do que "é errado", da bondade e maldade de si mesmo. Culpa é o sentimento ligado com a violação do código moral-ético próprio de uma pessoa. Bard e Sutherland (1955) no seu estudo de pacientes mastectomizadas descobriram que após a de-
 pressão inicial, as mulheres frequentemente misturavam na depressão sentimentos de culpa, ressentimento e auto-depreciação.

Peck (1972) verificou no seu estudo que 36% das pacientes de câncer evidenciaram sentimentos de culpa. Sentiram que tinham sido suas próprias ações que tinham causado o desenvolvimento do câncer. Seus sentimentos de auto-valor decresceram e os sentimentos de auto-culpa aumentaram (Schmale, 1976).

A área de "consistência do self" envolve a constância do self ao longo do tempo (Perley, 1976). A pessoa precisa poder manter um equilíbrio entre o self de hoje e o self de amanhã. Ameaças à constância do self causam ansiedade. Tais ameaças podem também perpetuar sentimentos de depressão, raiva e culpa, ou ainda, podem ser lidadas através da negação e outros mecanismos de defesa. Leonard (1972) afirmou que qualquer alteração no corpo provoca perturbação ao self. A mulher pode responder com alterações de humor desde períodos de choro e esperança até depressão e raiva (Thomas, 1978). A negação é frequentemente utilizada como uma forma de lidar com o problema. Polivy (1977) verificou que a negação é um dos mecanismos de defesa mais frequentes através do qual a paciente se protege contra o impacto total da amputação do seio.

A mulher mastectomizada frequentemente encontra um problema no componente do self pessoal chamado self ideal / self-expectância. Self-ideal / self-expectância implica na parte que a pessoa gostaria de ser e o que ela espera ser (Roy, 1976). Para que a mulher possa ser e fazer aquilo que pretende é necessário que ela tenha controle sobre seu ser. Se ela não tiver esse controle se sentirá impotente. Peck (1972) descobriu que pacientes cancerosos usam frequentemente a dependência como uma forma de lidar com os sentimentos de impotência e desesperança. Esses pacientes podem procurar o médico para realização de suas decisões e como proteção.

Shands, Finesinger, Cobb e Abrams (1951) descobriram através de entrevistas com pacientes cancerosos que o câncer muda todas as possibilidades mais importantes para o paciente, incluindo a premissa da expectativa de uma vida considerável. Os medos e incertezas da mulher quanto "ao que vai acontecer" perturbam seu funcionamento e lançam uma sombra sobre sua vida (Maguire, 1975).

A auto-estima de uma mulher e seu sentimento de valorização podem ser diminuídos pelo câncer de mama. O estudo de Renneker e Cutler (1952), mostrou que sentimentos de vergonha, inutilidade e desvalorização eram comuns nas mulheres mastectomizadas. Eles concluíram que a resposta emocional primordial ao câncer no seio era mais uma ameaça ao papel feminino do que o medo do câncer ou da morte. Bard e Sutherland (1955) concluíram que o sentimento de inaceitação social evidenciado pela "falta de vontade de encarar as pessoas ainda", evidenciava auto-estima diminuída. A paciente de mastectomia, de acordo com Bard e Sutherland (1955) sente que será rejeitada pelos outros já que está deformada.

Ray (1978) em um estudo comparando pacientes de mastectomia com pacientes de "cholecystectomy" (Colecistectomia) achou um alto grau de

variação individual quanto a resposta à mastectomia, no sentido de uma tendência geral maior à baixa auto-estima e depressão.

O papel da mulher na sociedade e na família também pode ser influenciado por uma mastectomia. A mulher mastectomizada pode encarar sua família como sua fonte principal de apoio ou pode sentir medo da sua rejeição (Bard e Sutherland, 1955).

Apoios sociais podem reduzir a depressão da mulher dentro de certos limites (Woods e Earp, 1978). Apesar de não ser possível compensá-la completamente da perda sofrida nem da incapacidade decorrente, podem exercer influência na qualidade de sua vida.

A investigação de Polivy (1977) de pacientes de mastectomia revelou decréscimos no grau de satisfação quanto à relacionamentos íntimos.

Bard e Sutherland (1955) determinaram que a perda do desejo sexual da paciente mastectomizada pode ser resultante da eliminação de uma fonte de estimulação sexual ou do sentimento da paciente de estar trapaceando seu marido privando-o de alguma coisa.

Sentimentos de isolamento e solidão podem ocorrer quando a mulher ainda não pode retomar sua vida social ou realizar seus trabalhos de rotina (Thomas, 1978). Seu padrão básico de adaptação sofreu uma ruptura e ela ficou com poucos recursos internos para sua movimentação.

Greer, Morris e Pettingale (1979) coordenaram um estudo prospectivo multidisciplinar de 5 anos sobre 69 pacientes femininas com câncer de mama em estágio inicial. As respostas psicológicas das pacientes ao diagnóstico de câncer foram avaliadas tres meses pós-cirurgia. Essas respostas foram relacionadas a resultados cinco anos após a cirurgia. A sobrevivência sem reincidência de câncer foi significativamente mais comum entre as paci-

entes que inicialmente reagiram ao câncer através de negação ou as que tinham um espírito de luta do que entre aquelas que responderam com aceitação estóica ou sentimentos de desesperança e impotência.

As respostas psicológicas ao câncer da mama foram aferidas três meses após a cirurgia perguntando-se às pacientes como percebiam a natureza e seriedade de sua doença e como suas vidas tinham sido afetadas por ela. As respostas psicológicas foram categorizadas de acordo com as afirmações verbais e sentimentos que as acompanham. Um levantamento piloto mostrou que era possível agrupar as respostas psicológicas em quatro categorias mutuamente exclusivas e que avaliações independentes feitas por dois observadores resultaram num alto índice de concordância.

As categorias foram:

Negação - Ativa rejeição aparente de qualquer evidência sobre seu diagnóstico que poderia ser oferecida, incluindo a evidência da remoção da mama, como por exemplo: "não era sério, eles só tiraram meu seio como uma precaução". Tais pacientes eram geralmente extremamente defendidas e discretas em suas respostas e restringiam discussões sobre o assunto. Não mostravam ou reportavam nenhum desgosto ou perturbação emocional.

Espírito de luta - Atitude altamente otimista, acompanhada por uma procura de maiores informações sobre câncer da mama. Tais pacientes geralmente tinham perguntado com algum detalhe a um médico sobre suas chances e lido ou perguntado a amigos sobre a doença. Planejavam fazer tudo que fosse possível para "conquistar" o câncer. "Posso lutar contra ele e vencê-lo", era um comentário característico. Nenhuma aflição foi reportada ou evidenciada na entrevista.

Aceitação Estóica - Reconhecimento do diagnóstico sem pedir maiores informações salvo os casos em que novos sintomas apareciam. Tais pacientes ignoravam o máximo possível a doença e quaisquer sintomas e continuavam levando uma vida normal: "Eu sei o que é, eu sei que é câncer, mas eu tenho que continuar levando normalmente". Inicialmente o reconhecimento que elas tinham do câncer de mama era emocionalmente aflitivo, mas a atitude estóica que adotavam tinha aliviado gradualmente a aflição durante os três meses que se seguiram à operação.

Sentimento de Impotência/Desesperança - Sentiam-se totalmente tomadas pelo conhecimento do diagnóstico. Essas pacientes se achavam extremamente doentes e às vezes realmente morrendo. Suas vidas eram frequentemente perturbadas por preocupações decorrentes com câncer e morte iminente. Eram desprovidas de esperança: "Não há nada que eu possa fazer - terminou tudo para mim, estou morta". Pacientes com essa resposta psicológica mostravam óbvia aflição emocional, presente desde a operação.

Em termos de resultado em relação à resposta psicológica ao câncer houve uma relação estatisticamente significativa entre as respostas psicológicas ao câncer (medidas três meses pós-cirurgia) e resultados cinco anos após. Resultados favoráveis foram mais frequentes em pacientes cujas respostas foram categorizadas como negação e espírito de luta, do que nas pacientes que mostraram aceitação estóica ou resposta de impotência-desesperança.

A relação entre resposta psicológica ao diagnóstico de câncer e resultado subsequente pode também ser vista claramente quando resultados ex...

tremos são comparados, isto é, morte versus sobrevivência sem reincidência. Das mulheres que morreram 88% inicialmente reagiram com aceitação estóica ou impotência-desesperança enquanto que apenas 46% que permaneceram vivas sem reincidência demonstraram tais reações.

Em outro artigo, Morris (1979) comenta que apesar da considerável preocupação pública acerca do sofrimento vivenciado pelas mulheres após a mastectomia e do grande zelo com que são propostos remédios para elas, é uma pena que tão poucos estudos tenham sido desenvolvidos para demonstrar sua natureza e extensão.

Tina Morris acrescenta que diante do fato de que a morbidez psicológica em decorrência da mastectomia é incontestável, é uma pena que sua exata natureza e intensidade, assim como quem a experimenta e qual a possibilidade de reduzi-la, ainda são apenas sugeridos, ao invés de convincentemente demonstrados.

O paciente canceroso tem sido descrito como "uma pessoa sofrendo de uma forma especial e incomumente severa de tensão" (stress) Mastrovito, 1972. Alguns autores assinalaram a utilidade do emprego de um modelo de tensão para esclarecer as reações ao câncer e a seu tratamento primário. Lazarus (1966) define a tensão (stress) como uma perturbação extrema do funcionamento biológico e psicológico, resultante de condições de vida incomumente ameaçadoras, danosas ou que imponham exigências severas ao indivíduo. Sugeriu-se que o paciente de câncer recentemente diagnosticado se depara com uma ou todas as seguintes possibilidades ameaçadoras: moléstia incapacitadora, morte, mutilação, perda de alguma parte importante do corpo, perda de função fisiológica, Mastrovito (1972). Esses tensionadores provocam os seguintes tipos de reação de tensão: perturbações no ânimo, prejuízo do funcionamento intelectual e várias alterações motoras e fisiológicas. Diversos tipos de perturbações do ânimo foram observados em pacientes com cân-

cer recentemente diagnosticado : choque e descrença, ansiedade, raiva, culpa, e depressão. Foram também observadas perturbações motoras e fisiológicas sugestivas da vivência de extrema tensão nos pacientes cancerosos, por ocasião do diagnóstico e do tratamento Bard (1952), Jamison, Wellisch e Pasnau (1978), Katz, Gallagher, Hellman (1970) e Sutherland (1953).

O indivíduo afetado procura mitigar os efeitos dessas experiências desagradáveis pela adoção de um dentre vários "estilos de enfrentamento" Lipowski (1977). O mesmo autor sugere que, uma vez desenvolvidos, esses "estilos de enfrentamento" são aspectos relativamente permanentes na personalidade. Entretanto, a hipótese de que o "enfrentamento" da tensão é um processo com diferentes "estilos", que ocorrem numa seqüência enquanto se restabelece o equilíbrio cognitivo e emocional, parece adequar-se melhor à observação dos pacientes cancerosos. Falek e Britton (1974) citam alguns estudos de indivíduos que experimentaram traumas extremos — a proximidade da morte, a privação, os traumas físicos, tais como a perda de um membro, e as calamidades ambientais — que relatam uma seqüência de respostas emocionais à tensão. Essas respostas são (1) choque e negação; (2) ansiedade; (3) raiva e/ou culpa e, (4) depressão. Essa seqüência do "enfrentamento" em quatro etapas, segundo se sugere, é a expressão do "processo de incorporação cognitiva e emocional do trauma, que conduz ao reajustamento". A descrença entorpecedora que se observa funciona como um "amortecedor". A raiva e a ansiedade acompanham o reconhecimento cognitivo da tensão. A ansiedade ocasiona tentativas de alterar o comportamento, como meio para conseguir seu alívio. Essas tentativas são geralmente inadequadas na situação modificada e conduzem à frustração. A depressão resulta da frustração contínua e do início da aceitação emocional do fato de que o estado anterior está irrevogavelmente perdido. Novas tentativas de ajustamento são efetuadas para conseguir alívio da depressão. Quando se frustram, podem determinar um retor

no ã negação ou ã raiva anteriores. Existem indícios de que essas fases se repetem de modo cíclico, com intensidade decrescente até que o equilíbrio é alcançado Bard (1952), Kennell, Slyter e Klaus (1970), Kubler-Ross (1969).

Em relação ao período pré-operatório, Thomas (1978) apresentou um paradigma abrangente, ainda que algo difícil de manejar, acerca do progresso da paciente de câncer de mama, desde o que denomina período "precursor", através de dez períodos de "eventos críticos", até a morte. Após a descoberta dos sintomas, no "período pré-diagnóstico", as pacientes reagem com o choque, ao qual se segue ou a negação, que as leva a retardagem a busca do tratamento, ou a ansiedade aguda, que as leva a buscarem rapidamente a segurança médica. Parece provável que os "estilos de enfrentamento" permanentes determinem quais dessas respostas terão maior probabilidade de ocorrer: a minimização das informações disponíveis ("evitadora") ou a busca de informações com o objetivo de reduzir a tensão ("vigilante"). Greer (1974) relatou que 62% de sua amostra de pacientes que retardaram por mais de três meses a apresentação de seus sintomas nas mamas eram "negadoras habituais" diante das tensões da vida. A negação foi relatada como um fator no atraso em outros trabalhos Aitken-Swan et al. (1955), Henderson (1966), Lynch et al. (1968), Magarey et al. (1977). O período do diagnóstico se caracteriza por várias manifestações de ansiedade aguda. 42% das pacientes no estudo de Jamison et al. (1978) citaram esse período como sendo o mais tensionante em termos emocionais. Maguire (1976) relatou que a ansiedade manifestada pelas mulheres na clínica de pacientes externas frequentemente deixava de ser detectada por seus cirurgiões: as mulheres também não comunicavam seus sentimentos à equipe por ocasião da admissão hospitalar. Jamison et al. (1978) relataram que 89% das mulheres dispendiam "pouco ou nenhum" tempo discutindo os aspectos emocionais da mastectomia com seus cônjuges ou "outros significativos" antes da cirurgia. Uma vez que a mulher seja incapaz de ob

ter alívio através da expressão de seus sentimentos de ansiedade, não surpreende que essa ansiedade se acentue e continue a aumentar após a admissão no hospital. Existem relatos gráficis dos temores das pacientes, expressos através de sonhos e de tensão fisiológica: insônia, taquicardia, dispnéia, dores de cabeça, crises de transpiração, constipação, diarreia, náusea e vômitos, desconforto epigástrico e dores e aflições difusas Eard (1955). A admissão hospitalar pode levar a paciente a sentir-se "apanhada numa armadilha e desamparada face ao desastre iminente", ela pode providenciar sua saída ou implorar a seus parentes que o façam. Algumas descrições vividas dos períodos diagnóstico e pré-operatório são encontradas nos escritos de algumas mulheres que sofreram de câncer na mama. Novamente, durante o período de hospitalização, Jamison et al (1978) relatam que 87% de sua amostra falava pouco com os que lhes eram próximos acerca da tensão emocional que vinha experimentando.

Em relação ao período pós-operatório o câncer de mama tem evolução clínica incerta, Carter (1976). Um dos momentos de aliviadora certeza nessa evolução é o momento em que a mulher se recobra da anestesia e descobre que perdeu seu seio. Antes da operação, o ajustamento à sua imagem corporal alterada e à sua auto-imagem modificada, como pessoa portadora de uma doença popularmente considerada fatal, não chega a iniciar-se. Em primeiro lugar, há a recuperação física. A duração do período de recuperação física pode dar expressão ao estado psicológico subjacente: um longo período de recuperação pode representar um estado depressivo, enquanto um período curto demais pode indicar que a paciente ainda não reconheceu seu estado modificado (negação). Encontram-se indícios experimentais que dão algum apoio a essa hipótese num estudo efetuado sobre os "estilos de enfrentamento" de 61 pacientes cirúrgicas: as pacientes que demonstravam respostas "evitadoras" no período do pré-operatório tiveram recuperação pós-operatória mais rápida,

Cohen e Lazarus (1973). Outros estudos, um sobre portadores de brucelose e outro sobre elementos do exército norte-americano que sofriam de influenza, demonstraram que, em ambos os casos, os que mais demoraram para recuperar—se haviam atingido escores pré-mórbidos mais elevados nas Escalas de Depressão e Perda de Ânimo do MMPI, Hathaway e McKinley (1951).

Tem havido controvérsias sobre o fato de as pacientes com câncer de mama, após a cirurgia, preocuparem-se mais com a perda do seio ou com o diagnóstico do câncer, Asken (1975). Renneker e Cutler (1952) afirmaram que o problema inicial da paciente "é o de proteger seu seio, somente mais tarde ela começa a proteger sua vida". Polivy (1977), empregando entrevistas abertas e uma escala de imagem corporal, estudou 44 mulheres, das quais 15 tinham sido submetidas à mastectomia, 18 haviam feito biópsia da mama e 11 eram controles, "admitidas em decorrência de várias intervenções não relacionadas com o câncer". Sua hipótese era a de que a mastectomia é mais traumática, do ponto de vista psicológico, que as outras operações, "especificamente em vista de seu ataque a órgão tão carregados emocionalmente quanto os seios". A autora estava certa, a priori, de que a concentração em aspectos da imagem corporal, tanto na entrevista quanto na escala psicológica, revelaria diferenças significativas entre a amostra de pacientes com câncer de mama e os controles, em termos da probabilidade de expressarem temores em relação ao desfiguramento e à morte, já que tinham sido especificamente excluídas do grupo de controle as pacientes submetidas a operações de correntes de câncer. Muito mais relevante para o exame da hipótese de Polivy teria sido um grupo de controle constituído de pacientes que se houvessem submetido a cirurgias desfiguradoras em outras partes do corpo, assim como um grupo adicional de controle composto por pacientes cancerosas submetidas à cirurgia oncológica não desfiguradora (por exemplo, cânceres uterinos).

Um aspecto interessante da pesquisa de Polivy (1977), em que ela compara dois grupos de pacientes (grupo "biopsia" e grupo "mastectomia"), foi a verificação de que as pacientes do grupo "biopsia" manifestaram menos ansiedade pré-operatória do que as do grupo "mastectomia", embora naquele momento nada distinguisse os dois grupos. Ambos esperavam o resultado de biopsia para saber se seriam submetidas ou não à mastectomia.

Isto sugere a possibilidade de fatores emocionais como causadores de câncer de seio. As pacientes na amostra de Polivy cujos "carços" no seio eram realmente malignos manifestaram mais medo antes da biopsia que confirmou o câncer.

É claro que não se pode eliminar a possibilidade de que essas pacientes estivessem respondendo a "dicas" dos médicos. Os dados são apenas sugestivos a respeito de aspectos psicogênicos do câncer, que merecem investigações futuras.

Bard e Sutherland (1955) não aceitam a idéia de que a proteção do seio constitua necessariamente a preocupação fundamental. A premissa básica de Sutherland e seus colaboradores é a de que "a alteração seria na forma e função corporal cria uma tensão determinada pelo significado específico, consciente ou inconsciente, do órgão sacrificado e de sua função, real ou simbólica, nos padrões significativos de adaptação". Assim, a mastectomia é "um insulto intolerável para as mulheres cuja auto-estima, respeito e expectativa de estima por parte de terceiros se fundamenta, em grande parte, em sua beleza e proporcionalidade de formas". A ameaça de qualquer tratamento do câncer depende, para cada indivíduo, de quais atividades valorizadas ele ou ela terão de sacrificar e de quais modificações na auto-imagem terão de ser feitas. Weisman e Worden (1976), escrevendo sobre o que descrevem como o "Compromisso Existencial" — "um estado de infortúnio em que

a própria existência parece em perigo" — do paciente canceroso nos 100 primeiros dias após o diagnóstico e o tratamento primário, afirmam que esse período se caracteriza pela predominância da preocupação com a vida e a morte. A preocupação de todos os seus pacientes, incluindo as portadoras de câncer de mama, referia-se inequivocamente à morte. Maguire (1976) relatou que 55% de suas pacientes preocupavam-se primariamente com as implicações de um diagnóstico de câncer, ao passo que apenas 18% se preocupavam primordialmente com a perda do seio.

Alguns estudos relatam que as pacientes submetidas à mastectomia vivenciam um "pico" de angústia entre 1 a 2 meses após a cirurgia. A investigação de Polivy (1975) assinala que a negação é um dos fenômenos mais frequentemente encontrados entre as pacientes de câncer de mama submetidas à mastectomia. Essa descoberta está de acordo com a teoria da função "amortecedora" da negação Falek e Britton (1974). O período pós-operatório também pode caracterizar-se por culpa por parte da paciente, no sentido de ter sido de algum modo responsável pela instalação da doença, e por raiva de seu cirurgião pela perda do seio. Um trabalho recente Wellisch et al (1978) sobre o efeito da mastectomia nos parceiros masculinos das mulheres demonstrou que também eles podem ser arrastados pela raiva que a mulher experimenta em relação ao cirurgião que removeu seu seio: "Fiquei perturbado pela reação de minha mulher a seu cirurgião-açougueiro". Esses autores comentam ainda que, embora o parceiro masculino possa auxiliar a reduzir a raiva e a ansiedade produzidas pelo câncer e pela cirurgia oncológica, a estrutura triangular da relação pode alterar-se rapidamente, passando a raiva da mulher a incidir sobre o parceiro: "Ela transferiu para mim os sentimentos de ódio que experimentava em relação a seu cirurgião".

A depressão profunda pode acompanhar o período de recuperação, à medida que o ajustamento é elaborado segundo a sequência de "enfrentamento" em

etapas. Notou-se a ocorrência de um "fantasma do seio" Bressler et al (1956), assim como dor e outras sensações no seio fantasma em cerca de metade das pacientes, Jamison et al (1978) e Roberts et al (1972). Numa determinada série, 1/4 das mulheres consideraram seriamente a idéia do suicídio durante o período de recuperação física após a mastectomia. Esse grupo de mulheres tinha a satisfação sexual com seus parceiros, antes da mastectomia, em muito mais alta conta que as mulheres que não cogitaram do suicídio. Esse grupo exibia também uma visão mais negativa do volume de compreensão que lhes era demonstrado por seus cirurgiões, maior ansiedade quanto ao restabelecimento das relações sexuais com seus parceiros e atitudes mais favoráveis face à possibilidade da cirurgia restauradora. Esses dados estão em perfeito acordo com a hipótese de Bard (1955) de que o modo e nível de ajustamento precisos são determinados pela ameaça representada pela cirurgia do câncer quanto à perspectiva de serem reassumidas as atividades valorizadas.

Relatou-se que a depressão no período pós-operatório de recuperação aumenta acentuadamente nas pacientes que tem que submeter-se à radioterapia após a mastectomia. Lyon (1977) relatou que 51% das pacientes em radioterapia experimentaram uma depressão aguda, que durou de 1 a 5 dias e que 13% da amostra total relataram idéias de suicídio durante esse período. Maguire (1976) assinala que, como nos demais estágios do tratamento, muito pouco da angústia experimentada pelas pacientes é detectada pelo pessoal de enfermagem ou pelos cirurgiões, ou comunicada a eles.

A maioria dos estudos acerca das mulheres submetidas à mastectomia não dispõem do uso de sujeitos de controle o que é indispensável, para evitar as tendenciosidades de qualquer natureza na seleção de uma amostra de pacientes e daí então ser possível basear suas conclusões.

Os tres estudos que envolveram grande número de pacientes foram

questionários postais, sendo o primeiro Torrie (1970) desenvolvido na Inglaterra e os outros dois, Schottenfeld et al (1970) e Winick et al (1977), em Nova Torque. Torrie não forneceu detalhes acerca de como foram selecionados suas pacientes, nem quanto ao tempo transcorrido desde a mastectomia efetuada nas mulheres que responderam ao questionário, nem tampouco em relação às verificações externas da acuidade da informação, se é que fez alguma. O estudo de Shottenfeld e Robbins (1970) também não é claro acerca dos métodos empregados para a escolha da amostra, observando-se apenas que ela foi feita "ao acaso"; tampouco tecem os autores qualquer comentário sobre as mulheres, em sua amostra, que não completaram o questionário. Entretanto, eles efetivamente assinalam, em sua seção referente ao "método", que o questionário deveria ser completado anualmente pela paciente ou "por um genitor, cônjuge, outro membro da família ou amigo íntimo". Das 1700 mulheres que participaram do programa do Grupo de Reabilitação Pós-Mastectomia do Memorial Sloan-Kettering Hospital, 800 enviaram respostas, nem todas completas: por exemplo, apenas 406 pacientes responderam à pergunta relativa à tensão emocional. Winnick e Robbins (1977) sentem-se justificados ao concluir que, visto que apenas 13% das pacientes que responderam ao questionário experimentaram tensão emocional moderada ou aguda, o programa PMRG (Grupo de Reabilitação Pós-Mastectomia) pode ser considerado "cl clinicamente significativo" e "uma grande realização na reabilitação da mastectomia".

Numa pesquisa muito mais cuidadosamente controlada Craig et al (1974) de 134 pacientes de câncer da mama e 256 controles da população equiparadas em termos de idade e meio social, 85% dos casos e 79% dos sujeitos de controle responderam ao questionário. Após cinco anos, a qualidade da vida tanto dos casos quanto dos controles se revelava extremamente semelhante, mas os autores não puderam determinar o significado do elevado índice de depressão (20%) relatado por cada um dos grupos e enfatizaram a importância

dos estudos prospectivos de pacientes de câncer de mama. Os efeitos combinados do controle precário da amostra, índices inadequados de resposta, ausência de verificações externas das informações fornecidas, além da probabilidade de algumas pessoas compreenderem mal as instruções apresentadas ou as questões formuladas, e da dificuldade de interpretar a visão pessoal dos indivíduos acerca de seus próprios sintomas, lançam dúvidas sobre o valor dessas pesquisas conduzidas através do correio, qualquer que seja seu propósito.

Podemos citar outros trabalhos como a pesquisa de Lyon (1977) que faz referência a seu trabalho ainda não publicado com uma série de 100 pacientes em radioterapia para tratamento de carcinoma na mama, dentre as quais 62% foram submetidas à mastectomia. Lyon não indica de que maneira foi selecionada sua amostra, em que estágio da doença se encontravam suas pacientes, ou quais métodos utilizou para obter informações adicionais, à parte as observações clínicas no decurso dos cuidados rotineiros.

Lyon observa que os resultados não divergiram significativamente, em nenhum aspecto, dos encontrados na amostra de controle, porém as características dessa amostra de controle não são especificadas. Tampouco é especificado, em qualquer dos trabalhos de Lyon, o ajustamento pré-mórbido de sua amostra de radioterapia.

A pesquisa de Jamison et al (1978) sobre o ajustamento pós-mastectomia sofre de uma falha semelhante: não há avaliação independente do ajustamento emocional das mulheres antes da mastectomia. Isso pode ser interessante em si mesmo, no sentido de que as mulheres particularmente perturbadas pela experiência da mastectomia podem superestimar a qualidade de sua satisfação e ajustamento emocionais pré-mastectomia, porém essa hipótese não pode ser testada dentro do enquadre dos autores.

Embora não haja base nesse estudo para extrair conclusões gerais acerca da extensão da morbidez psicológica das mulheres após a mastectomia, a comparação feita pelos autores entre os fatores que distinguem as mulheres que cogitaram do suicídio e os relativos às que não tiveram idéias suicidas, sugerem algumas hipóteses sobre as quais poderiam ser baseadas pesquisas futuras sobre o ajustamento.

Até o presente apenas duas pesquisas Jamison et al (1978) e Morris et al (1977), ambas realizadas na Inglaterra, foram suficientemente bem controladas para permitir que se retirem conclusões delas. A pesquisa de Maguire et al (1978) versa apenas sobre a ansiedade, a depressão e os problemas sexuais e se refere somente ao ano subsequente à mastectomia, enquanto a de Morris et al (1977) cobre também o ajustamento conjugal, interpessoal e profissional, assim como o ajustamento psicológico à cicatriz da mastectomia e ao diagnóstico de câncer, estendendo-se pelo intervalo de dois anos após a mastectomia. Ambas as pesquisas se valeram de mulheres com doenças benignas do seio para atuarem como controles, assim como empregaram entrevistas estruturadas e testes psicológicos padronizados, antes da biópsia, para efeito diagnóstico, e em visitas de acompanhamento subsequentes, realizadas 3-4 meses e um ano após a operação. Em ambos os estudos, as mulheres formavam uma série consecutiva, com diagnóstico clínico provisório ou de câncer de mama "em início de evolução", ou de doença benigna do seio. Os resultados relatados por Maguire se baseiam numa sub-amostra de 75 pacientes de câncer de mama, com 65 anos de idade ou menos e sem reincidência da moléstia, equiparadas em termos de idade, classe social e estado civil com 50 mulheres portadoras de doenças benignas do seio.

A pesquisa de Maguire é exemplar no que diz respeito a sua atenção com os pormenores e à utilidade dos conceitos nos quais os resultados foram enquadrados. O distúrbio do ânimo, seja ele depressão ou ansiedade,

é classificado como "a curto prazo" (com duração de até dois meses), "de prazo médio" (2-8 meses), "de prazo longo" (mais de 8 meses) ou "tardio" (instalação após 4 meses e presença um ano após a cirurgia). 27% de toda a amostra sofreu de ansiedade moderada ou aguda — tensão persistente, incapacidade de relaxar, dores de cabeça, suores, palpitações e ataques de pânico — antes da admissão para realização da biópsia. 12% do grupo mastectomizado sofreu de ansiedade de prazo médio, 17% de ansiedade de prazo longo e 4% de ansiedade tardia. 25% do grupo mastectomizado sofreu reações depressivas a prazo médio, 20% a prazo longo e 4% apresentou reações depressivas tardias. Um número significativamente menor de mulheres no grupo que apresentava doenças benignas sofreu de ansiedade ou depressão em qualquer época posterior à cirurgia. Um ano após a operação, 1/3 das mulheres submetidas à mastectomia e que haviam previamente mantido uma vida sexual regular apresentava dificuldades sexuais moderadas ou severas. Não houve diferença entre os dois grupos de pacientes com respeito à incidência de outros acontecimentos tensionantes, como medidos pela tabela de Brown-Birley (1968), ou de morbidez psiquiátrica prévia, de modo que a maior morbidez nas perturbações do ânimo e na problemática sexual no grupo mastectomizado não poderia ser atribuído a qualquer desses fatores.

Morris et al (1977) não equipararam seus dois grupos de pacientes com respeito à idade, mas, para levar em conta a média de 10 anos de diferença entre elas (48 x 58 anos), empregou as pacientes como seus próprios controles no pré e pós-operatório, comparando a incidência de alterações para melhor ou para pior nos dois grupos de pacientes. Utilizando a Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (1967), eles relatam que, 12 meses após a cirurgia, 23% de seu grupo mastectomizado se mostravam moderada e severamente deprimidas, o que se aproxima bastante dos resultados obtidos por Maguire, mas assinalam que 13% das mulheres no grupo de controle se

mostravam similarmente deprimidas, o que não reflete uma diferença significativa em comparação com o grupo mastectomizado. Após 24 meses, no entanto, 22% das mulheres do grupo submetido à mastectomia se encontravam deprimidas enquanto apenas 8% das pacientes do grupo de controle manifestavam esse distúrbio ($P < 0,05$), daí concluindo os autores que, no grupo mastectomizado, algumas mulheres ficaram deprimidas após a mastectomia e continuaram deprimidas. Da mesma forma, com referência à tensão proveniente da própria perda do seio, embora 70% das pacientes relatassem já não se preocupar com a perda após um ano, dois anos após a cirurgia essa cifra se elevava em apenas 1%, o que indicou que quase 1/3 das pacientes continuavam em tensão resultante de sua perda.

Na esfera do ajustamento sexual, uma proporção significativa tanto de pacientes de doença benigna (27%) como de pacientes cancerosas (32%) experimentou modificações, na maioria das vezes para pior, no período de dois anos após a cirurgia. O exame dos registros individuais das pacientes na pesquisa de Morris demonstrou que aquelas cujo ajustamento sexual se deteriorara no período de três meses subsequente à mastectomia tinham pouca probabilidade de voltar a seu nível pré-operatório de ajustamento. Poucas mudanças de qualquer espécie foram relatadas no ajustamento conjugal e, na esfera dos relacionamentos mais distantes, uma proporção significativamente mais elevada de pacientes portadoras de câncer relatou melhoras no período de três meses após a mastectomia.

Com relação à resposta psicológica ao diagnóstico de câncer, a pesquisa de Morris *et al* oferece algum apoio para a hipótese e para as muitas observações clínicas já citadas acerca de um 'processo de enfrentamento' caracterizado pela adoção de uma série de "estilos de enfrentamento", à medida que o ajustamento vai ocorrendo. Os autores dividem em cinco categorias as respostas a suas questões sobre esse assunto, propostas em en-

entrevistas : "negação", espírito de luta", "aceitação estóica", "aceitação ansiosa-depressiva" e "desamparo-desesperança". No período transcorrido entre as entrevistas de acompanhamento realizadas aos tres e aos vinte e quatro meses após a cirurgia, a "negação" se tornou menos comum, ainda que não significativamente, e a resposta do "espírito de luta" revelou-se significativamente menos frequente. A modalidade de "aceitação estóica", por outro lado, tornou-se muito mais comum nesse período. Com base em sua pesquisa, parece que, se é que existe recuperação psicológica após a mastectomia, o ajustamento costuma ser alcançado no ano que se segue à operação.

Com base nos estudos de Maguire e Morris, as áreas que parecem mais vulneráveis a uma mudança não facilmente reversível são as relações sexuais e o estado afetivo. A pesquisa de Polivy (1977) dá um apoio adicional a essa visão. As provas adicionais de que essas modificações podem ser de longo prazo provêm de uma pesquisa realizada com pacientes de câncer em estágio avançado, que completaram um inventário (SCL 90) que mede nove dimensões de sintomatologia psiquiátrica, Abeloff e Derogatis (1977). Comparando 34 pacientes com câncer de mama e 73 pacientes femininas com outros tipos de câncer, as portadoras de câncer na mama atingiram escores significativamente mais elevados na dimensão de "sensibilidade interpessoal", o que dá uma indicação de sentimentos de auto-deficiência e inferioridade, não apenas em relação ao funcionamento físico, mas também em termos do funcionamento social, intelectual, emocional e sexual. Essa sintomatologia psiquiátrica acentuada foi detectada tanto nas pacientes de prognóstico muito precário quanto nas que conseguiram a remissão clínica e a sobrevivência por prazo longo.

Na única pesquisa publicada sobre os efeitos da mastectomia nos parceiros masculinos Wellisch et al (1978), os autores afirmam que "os efeitos psicossociais do câncer de mama e da mastectomia se estendem como ondulações progres

sivas da paciente a seu cônjuge ... a crise que se segue é frequentemente de proporções profundas". Embora não haja razão para duvidar de que essa afirmação pode ser verdadeira, nenhuma prova convincente é apresentada para apoiá-la. A amostra é muito pequena (31 parceiros masculinos), representando um índice de resposta de 15% a um questionário remetido pelo correio. Mesmo nessa pequena amostra, os indivíduos que responderam ao questionário podem haver acrescentado um viés adicional às informações fornecidas, já que alguns deles obtiveram escores elevados no Inventário de Personalidade de Eysenck - Escala da "Mentira" (1964), que mede a tendência dos sujeitos a se avaliarem "de maneira favorável". Ao descrever seu relacionamento com a esposa, por exemplo, nenhum dos homens empregou as categorias "muito insatisfatório" ou "totalmente insatisfatório". Apesar dessas falhas, alguns dos dados do estudo sugerem áreas importantes para pesquisas adicionais. Os padrões de visita hospitalar durante o período pós-mastectomia foram correlacionados com o funcionamento psicológico subsequente. Comentários espontâneos por parte dos homens indicando certa relutância em olhar para a região de cicatriz em suas parceiras, particularmente numa amostra de homens que poderiam ter sido particularmente propensos a demonstrar uma atitude de cuidado com suas parceiras, contradizem a explicação tradicional de que essa situação geralmente surge porque a mulher não se mostra disposta a exibir a área a seu parceiro.

Existem provas da existência de fatores que distinguem as pacientes capazes de adaptar-se à mastectomia das que não o são.

Vale a pena dizer algo sobre os fatores que se sabe influenciaram o ajustamento individual à tensão em outras áreas, uma vez que os poucos estudos no campo do câncer que se baseiam em investigações controladas, em lugar de observações clínicas, indicam que o ajustamento ao câncer e à mastectomia têm probabilidade de seguir esse padrão geral. As áreas relevan-

tes são : a pesquisa dos efeitos dos "acontecimentos da vida" carregados de tensão e a pesquisa do "enfrentamento" e da adaptação. Cobb (1974) ofereceu um paradigma útil, demonstrando que o impacto de qualquer evento dado, quer a doença ocorra ou não em seguida a ele, é mediado pelas características pessoais (estilos pessoais de "enfrentamento", necessidades psicológicas, predisposições genéticas, experiência passada), levando em conta a situação atual de vida da pessoa (carga de trabalho, responsabilidades, ambiguidade de papéis, etc.). As investigações empíricas demonstraram que alguns fatores são (1) passíveis de resultar em crise do indivíduo sob tensão, ou (2) protetores contra a crise, na eventualidade de tensão. O conceito de "apoio social" parece ter importância fundamental. Cobb (1976) define o apoio social como significando o sentimento de (i) ser amado e cuidado, (ii) estimado e valorizado e (iii) parte de uma rede de obrigações mútuas. Brown et al (1975) demonstraram um fator que tornava as mulheres mais propensas a experimentar crises depressivas em seguida a um "acontecimento grave na vida", e que seria a falta de um "vínculo íntimo de confiança".

Existem poucas pesquisas sobre preditores do ajustamento à mastectomia, embora se devam encarar com cautela os estudos que não cumprem rigorosamente os princípios estabelecidos para a seleção de uma amostra representativa, a questão dos sujeitos de controle é de menor importância nesse caso, uma vez que as pacientes podem ser agrupadas segundo critérios para determinar um ajustamento bem ou mal sucedido. A pesquisa de Cobliner (1977) sobre os fatores que determinam a qualidade do ajustamento, em 300 mulheres que sofriam de malignidade ginecológica ou da mama em estágio inicial, não indica os critérios para inclusão ou exclusão das mulheres no estudo e, portanto, talvez não seja representativa. Numa pesquisa anteriormente mencionada Jamison et al (1978) que examinou os efeitos da idade sobre o ajustamento e comparou também as mulheres que contemplavam a possibilidade do sui

cídio com as que não o faziam, admite-se um viés na seleção da amostra. Não obstante, ambas as pesquisas fornecem um material valioso, a partir do qual poderiam ser formuladas hipóteses passíveis de testagem através de estudos controlados. Cobliner sugere que há 10 fatores que influenciam o ajustamento: quatro deles poderiam ser considerados fatores de "apoio social", incluindo-se entre os demais a auto-imagem positiva, a imagem positiva da feminilidade e o envolvimento em atividade satisfatória. A pesquisa de Brown (1975) definiu o "estar desempregada" como um dos "fatores de vulnerabilidade" que poderiam tornar as mulheres mais propensas à crise depressiva em seguida a acontecimentos tensionantes.

As mulheres que consideraram o suicídio em seguida à mastectomia se distinguiram, por diferença altamente significativa nos escores de Neuroticismo ("N") do Inventário de Personalidade de Eysenck (1964), das que não contemplaram essa idéia, segundo a pesquisa de Jamison (1978). O escore ("N") dá a medida da labilidade emocional. Embora esse resultado tenha sido alcançado numa pesquisa inadequadamente controlada, ele encontra apoio em resultados de estudos bem controlados Greer et al (1976), Morris (1977) e Schonfield (1972). O primeiro desses é um estudo sobre as consequências psicológicas do aborto terapêutico e, o segundo, sobre o ajustamento psicossocial à mastectomia. Em ambos os casos, o teste foi administrado antes da cirurgia. Os escores "N" IPI mais elevados mostraram significativa correlação com um resultado psicossocial precário em ambas as intervenções. A explicação provável desses dados é que as mulheres com escores "N" elevados se adaptariam mal, ao que se espera, à tensão de qualquer natureza. A pesquisa de Schonfield (1972) com pacientes de câncer recentemente diagnosticado, das quais 18 em 42 eram portadoras de câncer da mama com um "excelente" prognóstico em cinco anos, entrevistadas e testadas durante sua primeira semana em tratamento radioterápico, demonstrou que aquelas que não voltaram ao traba-

lho nove meses após o tratamento haviam apresentado escores pré-tratamento significativamente mais elevados na Escala de Ansiedade IPAT Cattell e Scheir (1963). Esses dois testes são completados e levantados com tal rapidez que qualquer deles poderia constituir-se num instrumento útil para selecionar, antes da biopsia, as pacientes que justificariam a intervenção psicoterapêutica num estágio primitivo.

Na pesquisa de Morris (1977), as pacientes que obtiveram escores mais elevados na Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (1967) antes da biopsia mostraram menor probabilidade de adaptar-se bem à mastectomia dois anos mais tarde. Esse resultado independeu da condição de menopausa, da histerectomia prévia, do ajustamento psicológico anterior, do histórico psiquiátrico prévio ou das condições clínicas dois anos após a cirurgia. O estudo de Schonfield (1972), comparando as mulheres que haviam retornado ao trabalho com as que não o tinham feito, mostrou que o grupo que não trabalhava apresentara um escore médio pré-tratamento equivalente a quase duas vezes o do grupo que trabalhava, numa Escala de Perda do Ânimo Canter (1960). Também tinha havido uma diferença altamente significativa numa Escala de Sentimento de Bem-Estar Stein e Chu (1967). Não havia diferenças marcantes entre o grupo que trabalhava e o que não trabalhava em termos de idade, sexo, educação, estado civil ou condição anterior de trabalho, que pudessem justificar essas diferenças. A partir de um exame das sub-escalas de seus testes, Schonfield sugere que os aspectos físicos da doença não são tão poderosos quanto às reações cognitivas e emocionais ao diagnóstico de câncer, na determinação dos efeitos psicossociais. Ambas as pesquisas forneceram provas indiretas que apoiam as observações clínicas de Sutherland (1967), no sentido de que as implicações do diagnóstico e tratamento do câncer nas atividades particularmente valorizadas pelo indivíduo são determinantes importantes do ajustamento.

Num estudo com 163 novos pacientes com câncer de mama, cólon ou pulmões, com a doença de Hodgkin ou com melanoma maligno, Weisman (1976) os avaliou por meio de entrevistas, testes psicológicos e levantamentos de personalidade, regularmente, durante um período de mais de seis meses, com o objetivo específico de chegar a um diagnóstico de "vulnerabilidade" nos pacientes de câncer tão cedo quanto possível. Os pacientes com Elevado Sofrimento Emocional foram comparados aos de Baixo Sofrimento Emocional. A dinâmica dos sentimentos desses pacientes, homens e mulheres, face a sua situação de vida e à situação presente, ficou clara nesse estudo: os pacientes que se sentiam desesperançados, ansiosos ou deprimidos, com muitos desgostos no passado e baixa auto-estima, e que anteviam a falta de apoio social, apresentavam maior número de problemas conjugais, provinham de famílias de origem problematizadas ou eram viúvos ou divorciados. Anteviam e, de fato, contavam com pequeno apoio, estando portanto mal equipados para lidar com otimismo com qualquer tensão adicional. O conceito de Brown (1975) sobre o "vínculo íntimo de confiança" bem pode mostrar-se importante para mitigar o impacto da ameaça física e psicológica ao indivíduo.

É importante assinalar que ainda não se efetuou nenhuma investigação controlada que tenha demonstrado a eficácia de qualquer intervenção cujo objetivo seja promover o ajustamento da paciente com câncer de mama após a mastectomia, embora algumas pesquisas estejam atualmente em desenvolvimento. Também é importante esclarecer que isso não significa nem que a intervenção seja desnecessária, nem que seja impossível de avaliar. A própria multiplicidade das propostas e experimentos atesta a crença, pelo menos nos que têm contato mais estreito com as necessidades emocionais das pacientes com câncer de mama, de que há necessidade de cuidados além da rotina cirúrgica.

Um aspecto interessante a ser abordado também é a respeito da comunicação do diagnóstico.

Todas as propostas e experimentos levam ao questionamento de como aumentar as oportunidades de comunicação entre a paciente submetida à mastectomia e aqueles que tentam ajudá-la a adaptar-se.

A comunicação é o mais amplo dos temas na literatura sobre os aspectos psicológicos do câncer. Holland (1973) assinalou que as opiniões sobre a revelação do diagnóstico de câncer se modificaram, em decorrência do maior conhecimento médico dos leigos, do desafio à autoridade do médico e da preocupação crescente com os direitos morais e legais do paciente. As questões seriam: os pacientes querem saber? Deve-se informá-los? De que maneira devem eles ser informados? Quem deve dizer-lhes? Revendo algumas pesquisas, McIntosh (1974) conclui que, embora os médicos preferam não revelar o diagnóstico, os estudos efetuados com indivíduos saudáveis e com pessoas que foram informadas sobre serem portadoras de câncer indicam que os próprios pacientes preferem saber, e que em todos os estudos se evidencia uma tendência, nos portadores da doença, a se colocarem mais a favor de serem informados. A dificuldade de ajustar-se à incerteza já foi assinalada por Lazarus, Averill e Opton (1974). O medo que os médicos experimentam de comunicar o diagnóstico a seus pacientes se prende a sua compreensível relutância em serem os portadores de más notícias, assim como ao medo de que os pacientes, ao ouvirem o diagnóstico, cometam suicídio. Citando um estudo com 219 médicos que conheciam apenas dois pacientes que se haviam suicidado, Holland (1973) conclui que esse temor não tem fundamento.

Quanto à questão de como dizer aos pacientes, o exame anterior dos estágios por que passa o paciente, como pessoa sob tensão extrema, sugere que as necessidades de informação e apoio emocional do paciente se alteram ao longo de todo o curso do tratamento. Sutherland (1967) afirma que não há fórmula padronizada e que o médico deve encontrar o caminho entre o "obscurantismo, que desperta medo e desconfiança, e a precisão excessiva, que dá

margem a um sentimento de sobressalto". Num artigo, muito acessível e redigido com sensibilidade, Brewin (1977) afirma que a comunicação do diagnóstico não é um ato "definitivo" por parte do médico, devendo ser parte integrante do relacionamento entre ele e o paciente, que se modifica à medida que o quadro clínico se altera. Ele assinala ainda que as queixas sobre a falta de informação expressam, frequentemente, uma insatisfação com o caso clínico em geral. Holland (1973) acentua a importância da privacidade e do tratamento dentro do contexto de uma relação médico-paciente bem estabelecida. Cobliner (1977) frisa a importância da "orientação antecipatória", particularmente quanto às questões sexuais. Os pacientes podem relutar em fazer perguntas sobre a disfunção sexual, de modo que a discussão do assunto deve ser iniciada pelo médico. As informações fornecidas pelo médico podem ser reiteradas e reforçadas pelo enfermeiro Tully (1978). Muitas das discussões sobre a extensão dos serviços prestados às pacientes portadoras de câncer de mama podem estar ligadas à incerteza a respeito de quem teria permissão para discutir o diagnóstico de câncer com elas. O pessoal de enfermagem mostra-se agora menos inclinado a fugir das discussões sobre o diagnóstico Tiffany (1979); uma pesquisa com a equipe não-médica de uma clínica de oncologia demonstrou que a equipe de enfermagem e os assistentes sociais eram frequentemente confrontados com perguntas que as pacientes relutavam em formular diretamente aos médicos, Craig (1973).

Em termos de aconselhamento pré-cirúrgico a maior parte das sugestões para intervenção, fora dos cuidados cirúrgicos de rotina, propõe o maior envolvimento da equipe paramédica que, em geral, acompanha os estágios por que passam as pacientes de mastectomia em seus contatos com os serviços médicos, Thomas (1978). O período pré-operatório, com suas inúmeras incertezas, pode ser um dos mais tensionantes, particularmente para aquelas que, mais tarde, necessitarão de auxílio psicossocial, Pfefferbaum, Pasnau, Jamison e Wellisch (1978). A pesquisa em outros campos indica que alguma

espécie de aconselhamento pré-cirúrgico pode promover a recuperação, mas há várias questões não respondidas no que diz respeito ao caso das pacientes de câncer de mama. O equilíbrio no conteúdo do aconselhamento entre a informação e o apoio emocional não é determinado; não fica claro se todas as pacientes se beneficiam do aconselhamento pré-operatório; tampouco está claro se as operações desfiguradoras constituem um "caso especial", no sentido de que tanto a desfiguração quanto o câncer demandam um ajustamento. Uma pesquisa examinada anteriormente Cohen and Lazarus (1973) relatou que as respostas "evitadoras" propiciavam um período de recuperação pós-operatório menos complicado que o das respostas "vigilantes", ao longo do período operatório. As diferenças individuais podem ser importantes. Schwartz (1977), sugere que o apoio individual, quando a paciente se encontra num estado de choque, pode ser mais útil que o apoio de grupo, já que ela poderá necessitar de tempo para absorver a informação que lhe foi fornecida. Seria possível colocar informações escritas e videotapes à disposição daquelas que sentissem que gostariam de examiná-los. Tully (1978) afirma que a enfermeira está numa posição ideal para reforçar as informações e levar segurança à paciente de biopsia. Thomas (1978) argumenta que o processo em dois estágios (biopsia e mastectomia) dá às pacientes uma oportunidade para a "tristeza antecipatória", assim como para reunir recursos de "enfrentamento", já que traz menos incerteza em qualquer momento específico e mais tempo para um ajustamento em etapas. A autora enfatiza também a importância da avaliação individual, pois o processo pode ser "causador de agonia" para as pacientes que enfrentam a tensão por meio da ação.

Quanto ao aconselhamento voluntário e de grupo no período pós-operatório, as tarefas a serem executadas consistem em: reabilitação física, substituição do seio através de prótese, conselhos de ordem prática e apoio emocional para capacitar a paciente a reassumir seu estilo de vida anterior.

Embora a garantia de morbidez física mínima se afigurasse de importância fundamental, Roberts et al (1972) relataram a presença de edema linfático em 15% das mulheres tratadas pela mastectomia simples e em 46% das submetidas à depuração ("clearance") axilar. Numa investigação de 271 pacientes, efetuadas nos Estados Unidos, Healey (1971) relatou que 39% apresentavam edema linfático e, dentre essas, 35% apresentavam edema linfático "agudo" (aumento de 35% no volume, em comparação ao braço oposto). Noventa e cinco por cento das mulheres com edema linfático se mostravam constrangidas a respeito do braço aumentado e 61% tinham dificuldade de encontrar roupas que lhes servissem. Healey também adota uma postura altamente crítica face ao desenvolvimento dos grupos de auto-ajuda compostos por pacientes.

"A própria existência deles reflete a necessidade de programas dessa natureza, mas também reflete a negligência dos médicos quanto às necessidades das pacientes".

Os grupos de auto-ajuda desenvolveram-se primeiramente nos Estados Unidos, em resposta à necessidade de substituição do seio através de prótese e de conselhos práticos quando aos "soutiens" e ao vestuário, Lasser (1969), já que tais necessidades das pacientes não eram supridas rotineiramente nem mesmo nos melhores centros. Eles cresceram mais lentamente na Inglaterra, já que alguns serviços, não importa quão inadequados eram oferecidos em muitos hospitais vinculados ao Departamento Nacional de Saúde. À parte a sugestão de Akhurst (1972) a favor de uma clínica de prótese, a questão das próteses de mama é totalmente negligenciada na literatura médica. As publicações de enfermagem lhe deram maior atenção, mas, lamentavelmente, as enfermeiras não influem na prestação de serviços de prótese às pacientes no âmbito hospitalar. Lyon (1977) observou que há muito pouca probabilidade de as pacientes levantarem questões acerca da prótese com seus cirurgiões e aprova a utilização de pacientes voluntárias como orientadoras

de pacientes submetidas à mastectomia. O programa "Alcance a Recuperação", da Sociedade Norte-Americana de Câncer, recruta e treina voluntárias que visitam mulheres hospitalizadas e fornecem uma prótese temporária, fazem de demonstrações e entregam um folheto. O "objetivo prioritário" da visita, contudo, é levar segurança psicológica. Uma das dificuldades desse serviço, assim como do seu similar oferecido pela Associação de Mastectomia na Inglaterra, é que só é prestado por solicitação do cirurgião da paciente, e os cirurgiões nem sempre recebem com bons olhos as voluntárias, Markel (1971).

Uma evolução adicional consistiu em incorporar a voluntária paciente a uma equipe de reabilitação, dando-lhe um papel mais declarado de reabilitação psicológica. A expressão mais bem desenvolvida dessa idéia é o Grupo de Reabilitação Pós-Mastectomia do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova Uorque. O grupo de reabilitação, que inclui uma assistente social, um enfermeiro, um fisioterapeuta e voluntárias do programa "Alcance a Recuperação", reúne-se diariamente por uma hora e meia. As pacientes comparecem durante 4-5 dias, a partir do terceiro dia depois da operação. Na primeira metade da sessão de grupo, as pacientes recebem ensinamentos e fazem exercícios práticos para recuperar o uso do braço e do ombro no lado afetado. Em dias alternados, a segunda metade da sessão é dedicada a explicações sobre a cirurgia da paciente e a demonstrações sobre "soutiens" e próteses mamárias, ou ainda à discussão das preocupações emocionais resultantes da mastectomia. Entretanto, esses programas seriam impraticáveis nos centros de menor porte. Mil e setecentas pacientes participaram de um deles num período de quatro anos. Também não está claro até que ponto as pacientes o consideram útil, já que não se efetuou uma avaliação completa Winnick (1977). Como já dissemos é possível que o auxílio emocional seja prestado antes que a paciente haja vivenciado todo o impacto emocional de sua mastectomia. As voluntárias de um programa desenvolvido em Nottingham fica

ram "desapontadas com o baixo nível das investigações de acompanhamento" Guardian (1978), após uma visita inicial a pacientes hospitalizadas. Posner (1977) assinala que poucas pacientes retornam ao grupo de reabilitação, que começa 12 semanas após a mastectomia e se reúne semanalmente durante 8 semanas. É difícil interpretar esses dados. As explicações possíveis seriam as de que as pacientes não necessitam de ajuda, de que não necessitam do tipo de ajuda oferecida, ou de que, embora aflitas, não são capazes de buscar ajuda.

Valom e Greaves (1977) relatam sua experiência com um grupo de pacientes terminais, a maioria portadora de câncer de mama. Trata-se de um grupo "aberto", ao qual os pacientes comparecem enquanto consideram que podem beneficiar-se da experiência. Não há relatos publicados de experimentos desse tipo com pacientes em seguida à mastectomia.

Seguramente, algumas pacientes se sentem atraídas pelas informações e pelo enfoque da discussão em grupo. Cinquenta mulheres pagaram para assistir a três seminários semanais com duração de duas horas, que ofereceram uma discussão em "videotape" com um cirurgião e um grupo de pacientes mastectomizadas, uma demonstração de próteses, "soutiens" e roupas de banho, e uma discussão em pequenos grupos Schwartz (1977). Mais uma vez, a avaliação foi inadequada. Das 28 mulheres que responderam a um questionário, metade considerou "proveitosas" as discussões de grupo, enquanto outra metade as considerou "algo proveitosas". Dezesseis mulheres indicaram que estariam interessadas em discussões regulares de grupo. Esses números sugerem que uma multiplicidade de necessidades, ainda não exploradas, poderia conduzir à participação em programas dessa natureza.

É importante salientar a importância dos especialistas em enfermagem clínica e os cuidados profissionais seletivos.

Uma especialista em enfermagem clínica se encontra com a paciente antes da admissão e mantém contato com ela e sua família durante a permanência hospitalar e, mais tarde, na clínica ambulatorial e em casa. Um especialista em enfermagem seria provavelmente a opção mais prática, em unidades onde o número de pacientes em tratamento após a mastectomia é pequeno em qualquer ocasião (Morris, 1979).

A "orientação antecipatória" e o aconselhamento sobre a prótese são claramente necessários a todas as pacientes. Defendeu-se uma abordagem alternativa de prestação de serviços "coletivos" além desses Klein (1971), Morris, Greer e Pettingale (1978), Weisman (1976), incluindo a utilização de pesquisa de preditores do ajustamento à mastectomia. Weisman (1976) sugere que os médicos podem aprender a reconhecer as pacientes em dificuldade através do emprego de perguntas abertas nos exames clínicos rotineiros. Ele contrasta o diálogo :

Médico : Você tem-se preocupado com alguma coisa ultimamente ?

Paciente : Não, realmente, não.

com uma investigação que comece por :

Médico : à parte esses sintomas, o que mais tem acontecido em sua vida ?

que desencoraja uma resposta "Sim/Não". Com base nos dados já examinados, parece provável que muitas pacientes com dificuldade de ajustamento necessitem de auxílio mais especializado que o fornecido pelos serviços "coletivos" de mastectomia. Na Inglaterra, há uma disponibilidade de serviços psiquiátricos e de assistência social. Para as mulheres que apresentam dificuldades sexuais, Witkin (1975) sugeriu o encaminhamento e clínicas de terapia se

xual, mas não se sabe se, na Inglaterra, essas clínicas são utilizadas para atender a pacientes de mastectomia.

Outra manobra terapêutica consiste na reconstituição do seio, operação essa que mereceu boa dose de atenção técnica e beneficiou relativamente poucas pacientes. Seria valiosa uma avaliação da qualidade da vida das pacientes que se submetem à restauração imediata (Watts (1972) ou retardada (Schain (1977)) do seio.

O planejamento de boas pesquisas sobre a intervenção está repleto de dificuldades, por diversas razões. Existe o problema dos objetivos da intervenção: determinar se o serviço deveria objetivar uma aceleração do processo de recuperação em todas as pacientes, ainda que isso possa não ser nem necessário nem possível, ou minorar as dificuldades daquelas que não conseguem ajustar-se, que poderiam não necessitar de um serviço especificamente destinado a pacientes de mastectomia. Outra dificuldade consiste em que a própria natureza dos processos de avaliação necessários à determinação dos efeitos do programa terapêutico pode alterar a extensão da morbidez. Um terceiro problema consiste em que somente as pacientes que consideram o programa proveitoso tendem a permanecer nele, (Guardian (1978)), ou sequer a estarem disponíveis para uma avaliação, (Abrams (1966)).

Em relação à mastectomia Joines e Fishes (1977) discutem vários tipos de ajustamento que são experimentados pelas pacientes. Notam que a mastectomia pode promover o aparecimento, ou seja, o aflorar de problemas pessoais anteriores à operação.

Long (1975) estudou os efeitos da sensação da perda de uma parte do corpo na auto-estima de mulheres hospitalizadas para biópsia de mama e possível mastectomia.

Blum (1977), estuda as reações de mulheres submetidas à mastectomia e seus sentimentos de inadaptação, inutilidade e abandono.

Schuin (1976), no seu trabalho se interessou em dar uma orientação aos terapeutas no tratamento de mulheres mastectomizadas. Recomenda que a terapia seja reparativa e integrativa no sentido do encorajamento. Um outro autor, Asken (1975) também discute a importância da terapia nos casos de mastectomia e revê a literatura sobre a reação psicológica da mulher nesta situação.

Katz et al (1970) concluíram que a perda do seio parecia ser um problema maior, do que a possibilidade de reincidência da malignidade. Estes autores especularam se a negação do câncer que é essencialmente invisível, não seria mais facilmente obtida do que a negação da perda do seio. Congruente com essa linha Patterson e Craig (1963) encontraram pouca preocupação com a perda de útero ou ovários, atribuindo isso ao fato desses órgãos não serem visíveis externamente.

Bartes (1979) ao ser indagado sobre "Qual é a resposta sexual em mulheres que sofreram histerectomia ou mastectomia?" afirma que a histerectomia não produz alteração da resposta sexual. Observa no entanto, que toda paciente a ser histerectomizada deve ser esclarecida muito cuidadosamente sobre a intervenção, sobre o motivo pelo qual é necessária e a maneira de como se sentirá a seguir. É da máxima importância explicar-lhe que não há por quê complicar a vida pós-operatória e que a vida sexual não mudará. Fazendo isso antes da operação, o médico perderá muito menos tempo depois para corrigir apreensões que se poderiam evitar facilmente.

Após a mastectomia afirma Bartes (1979) "tenho certeza de que há alguma alteração na sexualidade da mulher pela perda de um dos seus órgãos sexuais. A mastectomia é procedimento derradeiro, visando salvar uma

vida, mas é também mutilatório, ego-deflacionante para a mulher que tiver, vaidade, seja de que grau for".

1.2.3 - HISTERECTOMIA

O papel biológico feminino relaciona-se à reprodução e subsequente continuação da espécie. Como parte integrante da reprodução encontra-se a relação sexual. Portanto, o desejo sexual da mulher contribue para sua capacidade de desempenhar sua força biológica assim como a saúde dos órgãos reprodutores.

Na nossa cultura, apesar da tendência para rebaixar e denegrir o papel biológico feminino (Edgar e McPhee, 1974) a mulher tende a encontrar sua identidade através da sua "feminilidade". Esta "feminilidade" compõe-se de uma combinação de fatores. Destaca-se entre estes fatores coisas, como a tração física (que em grande escala é sentida como determinante do desejo sexual) e a capacidade de engravidar. Portanto, seios, genitais e órgãos reprodutores são provavelmente essenciais para sua adaptação e auto-avaliação como mulher.

Tendo em vista a importância psicológica destes órgãos uma ameaça a eles pode facilmente constituir uma ameaça a todo o auto-conceito de uma mulher. Principalmente para aquelas mulheres cuja identificação com o papel feminino baseia-se em grande parte nos atributos físicos (Polivy, 1974).

A remoção cirúrgica de seios, ovários e úteros está se tornando cada vez mais comum.

Kroger (1963) relata que a razão entre histerectomia e apendicectomia é agora de quase um para quatro; e Patterson e Craig (1963) citam uma pesquisa de saúde na Califórnia que estima que as histerectomias atingem aproximadamente 10% da população adulta feminina dos E.E.U.U.

Roeske (1979) afirma que a histerectomia é o tipo de cirurgia maior que mais frequentemente se realiza nos E.E.U.U. (800 mil por ano) e cuja ta-

xa tem aumentado anualmente. Se essa situação persistir no futuro mais da metade da população feminina de mais de 65 anos não terá útero. Acrescenta que segundo Bunker et al (1976) a taxa de histerectomia nos EE.UU é proporcionalmente o dobro do que é na Inglaterra e País de Gales.

O efeito psicológico da amputação cirúrgica dos órgãos reprodutores de uma mulher devem ser examinados com relação ao seu impacto sobre o conceito de sua feminilidade.

Lindemann (1941) investigou as sequelas psiquiátricas de operações pélvicas em mulheres. Ele descobriu que as pacientes submetidas a operações pélvicas tinham maiores probabilidades de ter depressão pós-operatória. Impaciência, insônia e pensamentos depressivos constituíram o quadro dos sintomas apresentados pelas mulheres após cirurgias pélvicas. Sua amostra foi de apenas 40 sujeitos e ele não especifica se todas as operações pélvicas tinham sido histerectomias.

Wengraff (1946) publicou os resultados de seu trabalho no estudo de um grupo de pacientes com neuroses conhecidas e previamente diagnosticadas, que estavam se submetendo à histerectomia por várias razões e relatou três conclusões importantes que, até então, tinham passado despercebidas. A primeira a de que a paciente neurótica, independentemente do nível de sua inteligência, instrução ou capacidade para exercer um julgamento de ordem intelectual suprimia deliberadamente informações sobre sua condição da equipe pós-operatória, inclusive do cirurgião. Segundo, havia uma clara demonstração de uma diferença de atitudes demonstradas em relação ao psiquiatra e o cirurgião da paciente, sendo o cirurgião alvo de tentativas demonstráveis de condenação por seu trabalho. Uma terceira conclusão deste trabalho era a de que a indicação para a cirurgia na paciente, ou seja, a razão declarada para a histerectomia e sua relativa urgência, emergência ou escolha

tinha; de fato, relevância no comportamento subsequente da paciente neurótica. Wengraff concluiu que o tipo de indicação feita pelo cirurgião para a cirurgia influencia a conseqüente aceitação emocional e desenvolvimento e níveis de ansiedade pós-operatórias das pacientes.

Drellich et al (1956) estudaram o impacto psicológico dos efeitos da histerectomia por câncer.

Segundo os autores antes da operação diante da perda iminente do útero, as preocupações maiores eram em torno da perda da capacidade de engravidar. Mesmo as que pareciam contentes por livrarem-se dos anticoncepcionais, lamentavam perder o útero devido as outras funções femininas atribuídas a esse órgão. Quanto à expectativa da perda da menstruação a maioria afirmou que seus períodos menstruais eram desejados e necessários e portanto sentiam-se tristes com essa perda. Uma minoria que achava as menstruações desregradadas e dolorosas sentia-se aliviadas com o término das mesmas. As pacientes demonstraram preocupação em relação à vida sexual futura, o possível desinteresse por parte do marido e temiam a destruição do casamento.

Ford e Beach (1970) mostram que a preocupação com a perda da sexualidade não tem qualquer fundamento biológico em sujeitos humanos com exceção, é claro, da perda da capacidade de procriar. No entanto segundo esses autores as mulheres relatam medos adicionais, como receio de perder a força e a capacidade de desempenhar atividades cotidianas em casa e no trabalho, medos de envelhecimento prematuro ou mudanças físicas, dor pós-operatória ou perda da sensação de independência pessoal.

Além do mais, algumas mulheres tinham conceitos completamente errôneos sobre a anatomia, fisiologia e função do útero. Tinham também crenças erradas sobre a causa de sua doença atribuindo seu problema médico a punição por atividades culposas.

Os autores observaram ainda que as mulheres que haviam indicado alguma preocupação e leve depressão anterior à operação, mas que percebiam o benefício resultante da operação em remover seus sintomas e devolver-lhes a saúde, tinham de pequenos a moderados problemas psicológicos pós-operatórios. Uma atitude pré-operatória completamente despreocupada sem qualquer ansiedade aparente mostrou ser um sinal de aviso importante. Preocupação é uma reação normal quando se enfrenta uma cirurgia. Os autores consideram que aquelas que não apresentaram qualquer preocupação aparente, na verdade estavam mascarando uma ansiedade inibida avassaladora, que no período pós-operatório explodia em forma de pânico agudo. Finalmente, aquelas que não se entristeciam diante da perda do útero evidenciavam depressão pós-operatória moderada e alguns sintomas psicossomáticos de incapacidade física.

Com estas descobertas pós-operatórias os autores concluíram que quando a negação (demonstrada pela falta de preocupação pré-operatória) falha, o impacto da súbita consciência dos medos na fase pós-operatória causa uma séria interrupção no ajustamento da mulher hysterectomizada.

Janis (1958) demonstrou uma curva em forma de U para o nível de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos e prognóstico, tendo como ponto ótimo um nível intermediário de ansiedade, sugerindo que o nível de ansiedade pré-operatória pode ser um fator preditivo de ajustamento à hysterectomia.

Drelllich e Bieber (1958) utilizaram os dados do estudo de 1956 como base para suas conclusões sobre a importância psicológica do útero e suas funções. Eles afirmam que muitas mulheres vêem o útero e suas funções como aspectos importantes da feminilidade e sua perda é vista como uma "ferida" na sua condição de fêmea. Essa sensação de "ferida" se reflete nos relatos relativos a preocupação sobre a possível perda de atrativos, desejo sexual,

capacidade de responder sexualmente e eventual perda de interesse do marido, por causa da sua falta de feminilidade.

Uma revisão crítica publicada por Polivy (1974) cita inúmeras pesquisas de interesse que passamos a discutir.

Menzer et al (1957), tentaram responder as seguintes perguntas estudando pacientes de histerectomia total :

- (1) Quais são os principais fatores psicodinâmicos nas reações pós-operatórias da paciente e no curso clínico ?
- (2) É possível prever a convalescência de uma paciente de histerectomia com base no conhecimento de sua personalidade ?
- (3) Como se deve lidar com problemas pós-operatórios que surjam da reação emocional da paciente à operação ?
- (4) Qual a relação entre fatores emocionais e hormonais numa paciente que se submete à histerectomia e em recuperação ?

Foram entrevistadas e observadas 26 pacientes e os autores apresentaram suas descobertas sobre a significância do prognóstico do comportamento da paciente ao recuperar-se da anestesia. Eles observaram que na sala de recuperação, apesar de diferenças no padrão global de recuperação entre pacientes, havia uma semelhança marcante em cada caso entre o comportamento da paciente enquanto se recobrava da anestesia e sua convalescência durante a permanência no hospital.

Suas pacientes recaíram em três grupos que eles identificaram como "A", se recuperaram muito bem; "AB", não tão bem mas não tão mal; e "B" má recuperação, reclamando, exigindo, não-cooperativa e infantil. Aquelas que foram bem no período pós-operatório (Grupos A e AB) eram capazes de lidar

com a ansiedade e utilizavam o intelecto para lidar com os efeitos emocionais da operação. Em contraste, aquelas que demonstraram uma séria reação pós-operatória tinham poucos ou nenhum recurso para capacitá-las a lidar com a ansiedade e assumiam um comportamento infantil.

A entrevista psiquiátrica no início do estudo (de cada paciente) concentrou-se nas atitudes em relação às funções femininas, reações a perda em geral e reações habituais a situações ansiogênicas. Descobriu-se três categorias de fatores emocionais importantes para o restabelecimento. A atitude em relação à feminilidade era um dos fatores mais importantes na determinação do ajuste emocional após a histerectomia. O segundo fator importante era a sensibilidade a perdas. Mulheres que no passado haviam lidado bem com perdas se recuperaram bem enquanto que aquelas que sempre se sentiram compelidas a substituir perdas ou que não podiam lidar com estas se recuperavam mal. Finalmente, a resposta característica a situações ansiogênicas era um bom indicador do padrão de recuperação, sendo que o conteúdo dos métodos da cirurgia não eram tão importantes quanto o método para lidar com eles.

Assim, tanto dos dados de entrevistas quanto das observações clínicas, os autores concluíram que é possível prever a reação pós-operatória à histerectomia de uma paciente com base num total conhecimento destes determinantes pré e pós-operatórios. Porém, já que todas estas correlações (para previsão) foram desenvolvidas post hoc, seu valor preditivo não pode ser avaliado até que sejam utilizadas e se tenham mostrado eficazes na previsão de reações, apesar de serem úteis para o cirurgião saber que características de alarme procurar. Em geral, a tensão associada a esta forma de operação, parece ser mais provável de precipitar reações psicológicas adversas em pacientes que são cronicamente menos preparados para lidar com a tensão.

Stengel et al (1958) descobriram uma grande incidência de psicose pós-histerectomia no seu estudo de 80 pacientes com psicose pós-operatória. Porém, apenas 7 destas pacientes haviam se submetido à histerectomia. Além do mais, os próprios autores mostram que frequentemente a histerectomia é feita numa idade vulnerável e outros fatores além da própria histerectomia devem ser considerados em uma discussão dos efeitos psicológicos desta operação.

Hollender (1960) examinou os dados da admissão de pacientes mulheres no Hospital Psiquiátrico de Siracusa. Ele descobriu que as operações pélvicas pareciam ser o fator desencadeante em 4,5% das admissões em comparação com os 2,5% de outros tipos de operações. No entanto os "outros tipos" de operações não foram especificados e não está claro se a severidade é comparável.

No acompanhamento de 267 pacientes de histerectomia, Melody (1962), descobriu que em 4% da sua amostra (11 pacientes) os medos pré-operatórios foram substituídos pela depressão no período pós-operatório. Todas as 11 mulheres haviam tido pelo menos um episódio de depressão nos 5 anos precedentes à operação. Assim, ele descobriu que pacientes que apresentavam síndromes depressivas após a histerectomia provavelmente tinham uma tendência anterior a reagir à tensão com depressão. Além do mais, Melody descobriu que os episódios de depressão na sua amostra pareciam ter sido desencadeados por uma experiência social traumática que a paciente percebeu como rejeição ou desvalorização por uma pessoa significativa em seu meio social. A histerectomia representava para a paciente mais do que a perda de um órgão de contato social valorizado. Esta agia ao mesmo tempo como uma desorganização social da sua forma de vida anterior.

Ele conclui que a história de depressão anterior é de significativa

predição de que a mulher irá provavelmente reagir à histerectomia com sintomas de depressão, se a operação for interpretada como uma discontinuidade social assim como biológica. A depressão é aparentemente desencadeada por um acontecimento traumático que é visto pela mulher como uma ameaça a sua auto-estima, auto-imagem e papel social pré-operatório.

Na sua discussão de pacientes com problemas pós-histerectomia, Kroger (1963) afirma que a depressão ou outra reação emocional é de 40% em seguida à histerectomia. Além disso, ele afirma como já dissemos anteriormente que a histerectomia está se tornando quase tão comum, quanto um quarto das operações de apêndice. Ele prossegue citando revisões que relatam altos níveis de operações desnecessariamente executadas (12, 40 e 65%), onde os úteros estavam saudáveis quando removidos ou a operação era desnecessária ou contra-indicada. Ele acha que os sintomas que estas operações pretendiam remover eram principalmente neuróticos, tornando estas pacientes suscetíveis de apresentar reações emocionais pós-operatórias; já que eram mulheres neuróticas cujos úteros nunca deveriam ter sido removidos.

Ele então descreve o que acha serem os "tres candidatos típicos a depressão pós-operatória". Existe, primeiro, o "viciado policirúrgico", um neurótico histérico, um paciente de cirurgias repetidas, cujos sintomas característicos são intensos, mal-definidos, dores espalhadas e que aparentemente se submete à operação por uma necessidade de sofrer. O segundo tipo de provável depressivo pós-histerectomia é a mulher indiferente. Sua indiferença parece ser meramente uma fachada para uma recusa imatura de pensar sobre a operação antes que ela aconteça, mas que pode ser seguida de uma resposta emocional infantil aos incômodos pós-operatórios, (mais uma vez demonstrando que a completa falta de ansiedade antevê um prognóstico pós-operatório ruim). O terceiro tipo é a mulher super-ansiosa que se preocupa com tudo desde a localização e tamanho da incisão até o tipo de anestesia.

Ele recomenda que, para que se encontre estes três tipos de mulheres "neuróticas", os médicos devem questionar suas pacientes potenciais para histerectomia sobre seus sentimentos com relação a possível perda do útero, suas expectativas quanto aos resultados da operação e sobre operações e crises anteriores e suas reações a elas.

Uma percentagem relativamente alta de internações de mulheres histerectomizadas no Instituto Psiquiátrico de Columbus levou Patterson e Craig (1963) a investigar o fenômeno. Um estudo anterior feito por Patterson já citado anteriormente, parecia indicar que a percentagem de mulheres histerectomizadas internadas era de cerca de 4% mais alta do que na população geral, baseada em uma pesquisa de saúde da Califórnia. Por outro lado, eles citam um estudo de acompanhamento feito por Dodds et al (1961) que indicavam que o ajustamento emocional à histerectomia era geralmente bom, sendo que apenas dois das 162 pacientes reclamaram que sua saúde estava pior; todas as suas pacientes estavam satisfeitas ou sem preocupação pela ausência da menstruação e perda da capacidade procriativa. Pesquisando a literatura sobre reações emocionais à histerectomia e a partir das impressões gerais de entrevistas com pacientes de histerectomia os autores levantaram as seguintes hipóteses :

- (1) Após a histerectomia, o conceito de si é de um indivíduo mutilado não-feminino;
- (2) Este auto-conceito é reforçado por comentários pejorativos de maridos e parentes;
- (3) O impulso erótico diminui, levando a um aumento da luta doméstica;
- (4) A esterelidade se torna motivo de descontentamento, retirando a oportunidade de expressão de instintos maternais, gratificando

desejos masoquistas e provando a feminilidade através da gravidez;

- (5) O uso indiscriminado de hormônios serve para acentuar a distorção do auto-conceito.

Para testar estas hipóteses entrevistou-se cem pacientes internadas no Instituto que haviam sido submetidas à histerectomia. Os autores concluíram que o trauma da operação não era o fator desencadeante do distúrbio. A paciente típica da sua amostra havia sido adequadamente preparada para a operação, havia compreendido a sua natureza, não recebia quantidade desordenada de hormônios após, não reclamava de comentários pejorativos de seus maridos ou parentes, não tinha mais problemas sexuais do que antes da operação, não estava indevidamente preocupada com a perda da fertilidade ou menstruação e tinha auto-conceitos saudáveis encarando-se não como mutilada mas completa e saudável. Os únicos traumas emocionais sérios associados à histerectomia foram apresentados por mulheres sem filhos na casa dos vinte anos. Seus resultados indicaram que o conceito de integridade ou totalidade corporal dependia de aspectos externos e não da parte interna estar intacta.

Bragg (1965) efetuou um estudo para testar a hipótese de que um significado simbólico ligado ao útero fará com que a histerectomia seja seguida de uma incidência mais alta de doença mental do que a causada por qualquer outro tipo de procedimento cirúrgico. Das 3000 pacientes pós-operatórias pesquisadas por Bragg apenas 43 foram subsequentemente internadas em hospitais psiquiátricos e não havia diferença significativa entre pacientes de histerectomia e colocistectomia. Além disso, várias pacientes de histerectomia tinham histórias familiares de internamento por doença mental enquanto as pacientes de colocistectomia não as tinham.

Barglow et al (1965) compararam os efeitos psicológicos da histerectomia e ligação tubária. Vinte e duas pacientes grávidas estavam escaladas aleatoriamente para uma das duas operações, 12 histerectomias e 10 ligações tubárias foram feitas. Uma entrevista pré-operatória mostrou que todas haviam mostrado interesse na esterelização cirúrgica apesar de poucas a haverem procurado ativamente. Elas esperavam que a operação as livrasse do peso de gravidezes repetidas, aumentasse o prazer sexual, incrementasse seus atrativos femininos e lhes desse mais tempo para serem mães, para trabalhar e para atividades comunitárias. As mulheres casadas tendiam a ser menos ansiosas em relação à operação do que as pacientes separadas ou divorciadas.

Descobriu-se uma relação significativa entre ansiedade pré-operatória e uma má recuperação a longo prazo da operação. Das mulheres cujas respostas eram boas, a maioria tinha sido submetida à ligação tubária; inversamente, daquelas cujas respostas eram ruins, a maioria havia sido histerectomizada. O autor especulou se a localização anatômica da operação teria influência na resposta psicológica subsequente. Além do mais, a perda da fertilidade no grupo de histerectomia não podia ser negada tão facilmente quanto nas pacientes de ligação tubária que podiam se consolar com o pensamento de que "as trompas podem se religar". A finalidade da histerectomia poderia perturbar a organização de ego afetando atitudes consequentes sobre a integridade corporal, atração sexual e auto-conceito feminino. A ligação tubária, por permitir uma aceitação mais gradativa da esterelidade pode proporcionar o tempo necessário para a adaptação à perda e uma resolução mais lenta, mais eficaz dos problemas causados pela perda.

Barker (1968) também examinou a incidência de distúrbios psiquiátricos em seguida à histerectomia. Ele cita vários estudos anteriores que indicam que as histerectomias que não eram motivadas por patologia médica de-

finida tinham maior probabilidade de resultar em distúrbio emocional subsequente. Por exemplo, ele cita Miller (1946) que afirmava que 33% das histerectomias são feitas sem descobertas patológicas e inferiu que algumas destas resultaram de reclamações de mulheres emocionalmente perturbadas (antes da operação). Barker decidiu empreender um estudo examinando a incidência de colapso psiquiátrico após a histerectomia e submetendo os dados à análise estatística. Além disso, já que os critérios para determinar o colapso psiquiátrico nos estudos anteriores eram tão variados, tornando difícil a comparação dos dados, a procura de um psiquiatra foi o critério para o colapso emocional.

As pacientes de histerectomia no estudo de Barker foram divididas em dois grupos com base nas descobertas de patologia pélvica, e estes grupos foram comparados com pacientes de amp. do colo uterino. Das 729 pacientes de histerectomia, 7% foi indicado para um psiquiatra dentro de uma média de 4 anos após a operação. Esta proporção é 2,5 vezes maior do que após a amp. do colo uterino e 3 vezes maior do que a proporção esperada para a população total. 80% destas referências psiquiátricas ocorreram no espaço de dois anos após a operação e o sintoma mais frequente era a depressão. A incidência de referência em seguida à histerectomia era duas vezes maior entre pacientes sem qualquer patologia pélvica significativa. 57% de todas as pacientes com histórico psiquiátrico anterior a operação foram re-indicadas após a histerectomia, e 35% das mulheres separadas ou divorciadas na ocasião da operação foram indicadas a psiquiatras após a operação. O pico para a indicação era de dois anos (ou durante o segundo ano), após a operação, sugerindo que a histerectomia pode ter sequelas psicológicas cujos efeitos podem não ser sentidos até bem depois da recuperação da operação. Três fatores vistos como significativamente ligados ao aumento da possibilidade de referência psiquiátrica pós-histerectomia, são a ausência de doença

pélvica demonstrável, referência psiquiátrica anterior à operação e distúrbio matrimonial. Estas descobertas sugerem que certas pacientes sã devem ser submetidas a histerectomia após uma avaliação cuidadosa.

Em uma discussão sobre reações emocionais a histerectomia, Wolff (1970) referiu-se à remoção cirúrgica do útero como um distúrbio cirúrgico do auto-conceito de feminilidade. Ele mostra que mulheres diferentes reagem diferentemente, e apenas aquelas cuja auto-imagem feminina não é suficientemente forte para aguentar o impacto, ou cujos apoios externos (família e amigos) são insuficientes, teriam probabilidades de apresentar sintomas psiquiátricos. Ele conclui que uma aparência de calma externa e negação da apreensão em relação a uma operação iminente pode esconder crenças mais significativas. Além disso, as mulheres das classes sócio-econômicas mais baixas parecem sentir-se menos femininas porque em tais grupos prevalece a crença de que a mulher está aqui para ter filhos e que sem o útero ela não é uma mulher. Finalmente, Wolf recomenda que em qualquer histerectomia eletiva (para esterelização ou sem qualquer patologia pélvica demonstrada) ou não-eletiva o cirurgião deve discutir os mitos e as crenças associadas com a operação, dar à paciente o apoio para a crença de que a operação não retirará a feminilidade e, se ele sente que há algum outro motivo (além do sintoma apresentado) para a operação, obter uma avaliação psiquiátrica da paciente).

Steiner e Aleksandrowicz (1970) entrevistaram 133 pacientes que haviam se submetido a operações ginecológicas numa tentativa de estudar a resposta emocional da mulher "comum". Eles eliminaram da sua amostra as mulheres com malignidade ou abortos induzidos. Uma grande percentagem (34,2) das mulheres apresentou sintomas psicopatológicos tais como depressão, ansiedade, perda de libido, ou sintomas físicos reais. A percentagem mais alta destes distúrbios (48,8) ocorreu em seguida a histerectomia. Num grupo de con

trole de 41 colicistectomias, 16,2% apresentou sequelas psiquiátricas. Os autores concluem que a perda do útero causa um processo semelhante ao luto. Em casos mais sérios, eles indicam que a ajuda psiquiátrica pode ser necessária.

Em um artigo aconselhando médicos como acompanhar uma paciente de histerectomia, McElin (1972) assinala que a idéia da histerectomia pode ser confusa e psicologicamente ameaçadora para a mulher. Ele continua explicando, porém, que se a mulher for adequadamente preparada e informada a maioria dos problemas pode ser evitado. Ele afirma que quase não existem problemas sexuais decorrentes da histerectomia se esta for adequadamente executada e que não existem dados válidos demonstrando falta de libido ou orgasmo resultante da histerectomia a menos que estes problemas já existissem antes da operação. McElin considera como mitos as reações de ganho de peso, envelhecimento, libido, diferenças na sexualidade e enrugamento precoce atribuídas à histerectomia.

Abrahams (1977) num trabalho com o objetivo de explorar a relação entre determinadas características da paciente histerectomizada e o ajuste pós-operatório, avaliou 147 mulheres antes de se submeterem à histerectomia. Foram obtidas informações sobre sua condição física, situação social e condição psicológica. Após a operação foi feita uma avaliação, quanto a sua atitude face à operação, saúde física, saúde mental, relações sexuais e a atitude do parceiro no tocante à relação sexual. Abrahams chega as seguintes conclusões :

- (i) Uma proporção considerável de mulheres (23%) demonstrou indícios de desajuste após a histerectomia.
- (ii) A detecção de casos "de risco" antes da operação é imprecisa.
- (iii) Certas variáveis são tidas como altamente significativas na de-

terminação da probabilidade de um ajuste bem ou mal sucedido a pós a histerectomia.

- (iv) Variáveis importantes são (a) a atitude da mulher em relação aos efeitos da operação em suas relações sexuais subsequentes; (b) o entendimento e aceitação da mulher da própria operação; (c) a capacidade da mulher de enfrentar a operação e suas consequências, que, provavelmente, baseia-se na qualidade de seu relacionamento com seus pais, estabelecida na primeira infância; (d) o nível de instrução e (e) o nível de ansiedade pré-operatório.
- (v) Antes da operação, deveria ser empregado tempo suficiente para explicar os fatos e efeitos essenciais, de maneira simples e concisa. Pode ser que as explicações tenham de ser repetidas várias vezes para se ter certeza de que a paciente as compreendeu realmente.
- (vi) O acompanhamento pós-operatório deve ser estendido a pelo menos 6 a 12 meses, a fim de identificar-se quaisquer desajustes psicológicos. Frequentemente as mulheres declararam que não haviam se queixado em seu acompanhamento cirúrgico pós-operatório de rotina. Algumas mulheres declararam que só queriam ser tranquilizadas de que a operação havia sido bem sucedida; outras declararam que queriam agradecer ao cirurgião e não se queixariam, enquanto que umas poucas declararam que não lhes tinha sido dada uma oportunidade para expressar seus sentimentos.
- (vii) A avaliação de acompanhamento pós-operatório deveria incluir o parceiro quando possível. Isto poderia ser feito pelo clínico geral ou por uma assistente social ligada à unidade ginecológica.

(viii) Certas mulheres podem necessitar encaminhamento para tratamento psiquiátrico, após sua avaliação de acompanhamento pós-operatório.

(ix) Deve ser lembrado que 77% não apresentou indícios de desajuste até um ano após a histerectomia e uma proporção bem grande sentiu que sua saúde física e mental havia melhorado e que suas relações sexuais tinham sido mais satisfatórias como resultado direto da histerectomia.

No que diz respeito ao nível de ansiedade pré-operatório, Abrahams sugeriu no seu estudo que a entrevista pré-operatória pode, possivelmente, ter influenciado o resultado, ao dar à paciente uma oportunidade de ventilar suas ansiedades com relação à operação. Deste modo, a entrevista pode ter sido "terapêutica", sem ser encarada como uma situação de tratamento. A paciente pode ter obtido benefícios, tanto por formas de comunicação verbal quanto não-verbal. Também é possível que algumas mulheres tenham ficado mais ansiosas pelo fato de terem sido entrevistadas por um psiquiatra logo após sua entrada no hospital para submeterem-se a histerectomia. Podem ter sido despertados medos que não teriam ocorrido se a histerectomia fosse encarada exclusivamente do ponto de vista orgânico. Conflitos internos podem ter sido externados, sem que tenha sido dada a oportunidade de resolvê-los.

Utian (1975) encontrou após a histerectomia "uma alta incidência de libido diminuída ou ausente... independentemente dos ovários terem ou não sido conservados". Seu estudo incorporou grupos de controle, uso de placebo, critérios de seleção cuidadosamente definidos para evitar tendenciosidade na amostragem, a utilização de uma definição de libido para medir mudanças e análise estatística. O estudo apoiou-se, no método retrospectivo e, aparentemente, contou com um único entrevistador.

Dennerstein et al (1977) utilizou métodos estatísticos para correlacionar muitos fatores com a perda de libido. Eles descobriram que a sexualidade pós-operatória não estava correlacionada de maneira significativa com os demais fatores psicológicos, tais como sentimentos em relação ao parceiro, problemas no relacionamento, disfunção sexual pré-existente no marido, depressão no período pós-operatório imediato e bem-estar físico e mental da paciente durante a entrevista. De fato, descobriram que "as expectativas pré-operatórias acerca do resultado sexual estavam associadas, de maneira significativa, à subsequente... perda de desejo de relações sexuais".

A correlação de libido com somente um fator psicológico específico - expectativa - torna a ampla conclusão do pesquisador algo surpreendente: "Fatores psicológicos, particularmente uma expectativa de que a operação vá afetar de maneira adversa as relações sexuais, são responsáveis pela deterioração nas relações sexuais que se seguem à operação".

No seu trabalho Wright (1969), afirma: "O útero tem apenas uma função: reprodução. Após a última gravidez planejada o útero se torna um órgão inútil, sangrento, causador de sintomas, potencialmente capaz de se tornar canceroso e portanto deve ser removido" (pag. 724).

Contrariamente a Wright, Sloan (1978) constatou no seu estudo que há mudanças concretas no funcionamento, atitudes e comportamento das pacientes submetidas à histerectomia. É uma vez que o ginecologista age como "removedor de útero", é esse profissional que deve ajudar as mulheres no sentido de atravessarem melhor os possíveis efeitos da histerectomia. Além de chamar a atenção dos médicos no sentido de examinarem melhor suas próprias indicações, eliminando as histerectomias que não sejam realmente indispensáveis e assim estarem confiantes ao serem confrontados com as críticas de que

essa especialidade considera o útero menos valioso do que outros órgãos, tornando-a mais vulnerável ao cirurgião negligente.

Sloan chama a atenção para a necessidade do médico ginecologista-obstetra estar consciente do impacto da remoção uterina e suas sequelas emocionais, não importando quão sutis elas possam ser.

"Provavelmente nunca houve um caso de um paciente ter permitido a remoção facultativa ou semi-facultativa da próstata, seja por que razão for" - "talvez pudéssemos desenvolver um respeito maior pelo útero de forma a evitar qualquer crítica justa por uma remoção não justificada e, o que é mais, ajudarmos a tomar todos (os médicos) consciência das implicações psíquicas de tal remoção, mesmo quando as indicações sejam óbvias e exigem cirurgia" - "Até que ponto podemos ser convincentes quando asseguramos a nossas pacientes que suas respostas sexuais não serão afetadas após a histerectomia?" (pp. 598-602).

"Lembro-me de ter partilhado de uma experiência na enfermaria de um hospital em que um homem de 80 anos parecia deprimido... em nossa conversa começou a lastimar-se pela perda das gônadas. Isto estava acontecendo com um homem que nem sequer conseguia se lembrar da última vez em que havia mantido relações sexuais. Não admiro que a perda de um órgão possa ter um papel significativo" (p. 603).

Sloan continua no seu estudo crítico e conta o episódio vivenciado por ele mesmo como estudante de medicina em Brooklyn :

"Uma mulher, mãe de 13 filhos, de 30 e tantos anos, lutando com suas condições econômicas, respondeu, ao lhe perguntarem na entrevista por que não aceitava a esterilização que frequentemente lhe ofereciam, após cada parto consecutivo, de maneira direta e incisiva. Ela não se arriscaria a ser

menos do que "uma mulher inteira" (pag. 603).

O autor aborda sobre o papel da irreversibilidade e o tipo de "stress" que isso traz ao pensamento humano afirmando que todo procedimento irreversível é drástico. Compara o controle legal e social da tatuagem, como processo irreversível e não significa mais do que um desenho na pele, imaginando a importância muito maior da irreversibilidade decorrente da perda de um órgão pélvico importante.

Ainda sobre o cuidado das indicações não necessárias de histerectomia e o aumento assustador de operações desses tipos verificados ultimamente nos EE.UU. o autor acrescenta : "As vezes parece que uns poucos dentre nós perderam de vista o significado de nosso juramento médico de controlar a doença, restaurar funções, preservar a qualidade da vida, fazer o simples em vez do complicado quando isso levar ao mesmo fim e, acima de tudo, se não pudermos ajudar, ao menos não atrapalhemos". (pág. 604).

Sloan finaliza seu trabalho comentando sobre a relação médico-paciente no momento de decisão, informação e indicação de uma histerectomia. "A paciente precisa estar livre para ajudar no processo de tomada de decisão e sentir-se livre para decidir. Uma paciente informada é uma paciente livre. É o mínimo que devemos a nossos pacientes". (pág. 605).

Snaithe e Raidley (1948) estudaram 165 pacientes indicadas por ginecologistas e relataram que 54% destas estavam vivenciando tensões ambientais e emocionais. Eles enfatizaram que estas tensões estavam relacionadas com sintomas psiquiátricos e somáticos e mencionaram que 46% de suas pacientes ginecológicas tinham "constituições psicológicas instáveis". Estas mesmas pacientes induzem o cirurgião a embarcar na operação de histerectomia e depois sofrem de depressão.

Benson, Harson e Matarazzo (1959) em seu estudo de 35 mulheres com dor pélvica observaram que 33% destas eram histéricas e que a dor pélvica em si era "uma reação corporal à situação de vida estressante".

Purtell, Robbins e Cohen (1951) em estudo comparativo de 50 mulheres histéricas e 156 sujeitos de controle descobriram que as mulheres histéricas têm mais sintomas, mais operações e mais dificuldades conjugais. Talvez o número maior de operações se deva a sintomas vagos, queixas múltiplas ou não específicas, e à maneira dramática, persuasiva, de pacientes histéricas atraírem a atenção e ação da parte dos médicos.

Estes resultados indicam que personalidades histéricas, com ou sem situações de vida estressantes atuais, estão mais predispostos à histerectomia, cujo resultado pode ser a depressão secundária à estrutura de personalidade pré-mórbida.

Martin et al (1980) estudaram uma amostra de 44 mulheres aleatoriamente selecionadas que foram submetidas à histerectomia por razões outras que não câncer. Foram estudadas no pré-operatório e um ano pós-cirurgia. Os resultados não confirmaram a hipótese de que a histerectomia é seguida por um excesso de sintomas psiquiátricos. Em geral as mulheres que manifestaram sintomas psiquiátricos por ocasião do follow-up tinham tido problemas semelhantes antes da cirurgia. Muitos dos sintomas estavam associados com um diagnóstico pré-cirurgia do diagnóstico de histeria, encontrado em excesso na amostra (27% x 1 ou 2% esperados). Os autores sugerem que quando há um diagnóstico de histeria as decisões sobre histerectomia devem se basear em fatos objetivos e não em queixas das pacientes, pois as mulheres histéricas podem ser colocados no risco de uma histerectomia por causa de doença psiquiátrica e não ginecológica.

Vários relatórios indicam que pacientes neuróticos podem apresentar-

se com muitos sintomas físicos que podem levar à histerectomia. Com maior frequência a depressão em si pode induzir o ginecologista a operar quando lhe são apresentados distúrbios somáticos. Assim a operação pode ser o resultado e não a causa de depressão.

No entanto Melody (1962) relatou que 11 das suas 27 pacientes que foram histerectomizadas ficaram deprimidas durante os três primeiros meses seguintes à operação. Richards (1973) mostrou que 36,5% das 200 mulheres que fizeram histerectomia manifestaram depressão no espaço de 5 anos após a operação. Kroger (1962) afirma que a depressão ou reação emocional chega a 40% em seguida à histerectomia. Stengel, Zeitlyn e Rayner (1958) ao reverem os internamentos psiquiátricos após a cirurgia notaram que havia um número "marcante" de internamentos precedidos por cirurgias ginecológicas em oposição a outros procedimentos cirúrgicos.

Estes estudos e muitos outros por nós citados anteriormente sugerem, tentam demonstrar, indicam e questionam uma relação intrínseca da histerectomia no sentido de induzir à problemática psicológica.

Ananth (1978) no seu trabalho afirma que há evidência suficiente para indicar que a histerectomia por si pode induzir a depressão em algumas mulheres. Apesar da evidência sobre a depressão pós-histerectomia não ser conclusiva talvez a utilidade desses questionamentos se encontre na possibilidade de formular fatores preditivos que possam dar assistência nas tentativas de instituir intervenções preventivas.

Segundo o mesmo autor, as pacientes com menos de 40 anos devem ser submetidas à histerectomia com cautela já que constituem um grupo de alto risco. Pacientes com distúrbios uterinos funcionais devem ser cuidadosamente avaliados para detectar manifestações psicossomáticas de histeria, ansiedade e distúrbios depressivos. Já que ficou provado que uma história pas-

sada de depressão predispõe para a depressão pós-histerectomia, estas pacientes com predisposição sã devem ser operadas se for absolutamente necessário e com acompanhamento subsequente cuidadoso. Já que as depressões ocorrem mais frequentemente dentro dos 6 meses seguintes à histerectomia é necessária a vigilância para reconhecer, detectar, diagnosticar, orientar, apoiar e estabelecer o tratamento adequado da depressão pelo menos durante este período.

Tendo em vista a revisão bibliográfica que fizemos sobre os tópicos ansiedade, histerectomia e mastectomia, estudamos as manifestações de ansiedade em relação a histerectomia e mastectomia em situação experimental, formulando as hipóteses apresentadas na seção seguinte.

1.3 - HIPÓTESES

- a) O grupo submetido à situação experimental evocativa de mastectomia manifestará maior grau de ansiedade-estado do que o grupo de controle.
- b) O grupo submetido à situação experimental evocativa de Histerectomia manifestará maior grau de ansiedade-estado do que o grupo de controle.
- c) O grupo submetido à situação experimental evocativa de mastectomia manifestará maior grau de ansiedade-estado do que o grupo submetido à situação experimental evocativa de histerectomia.

2 - METODO

2.1 - SUJEITOS

Foram selecionados 169 sujeitos mulheres, universitários, estudantes da PUC/RJ e da UERJ. As idades variaram de 17 anos e 8 meses a 35 anos. A amostra foi composta da seguinte maneira :

- 39 sujeitos de Química e Engenharia Química (UERJ)
- 33 sujeitos de Letras (PUC)
- 41 sujeitos de Letras (UERJ)
- 12 sujeitos de Sociologia e Política (PUC)
- 40 sujeitos de Matemática e Estatística (UERJ).

Dentro de cada grupo, aproximadamente 1/3 foi designado aleatoriamente para o grupo de controle (C); 1/3 para o grupo experimental mastectomia (M); e 1/3 para o grupo experimental histerectomia (H).

2.2 - INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos :

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Charles Spielberg.
- História de uma situação de mastectomia;
- História de uma situação de histerectomia;
- Questionário com informações adicionais;
- Slides ilustrativos da mastectomia (pré e pós-operatório)
- Slides ilustrativos da histerectomia (pré e pós-operatório).

O Inventário de Ansiedade IDATE de Spielberger foi adaptado e traduzido para o Brasil por A. Biaggio e Natalício (1977).

O Inventário Traço-Estado de Ansiedade (IDATE) é composto de escalas de auto-relatório separadas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A-ESTADO) e traço de ansiedade (A-TRAÇO).

A escala de traço de ansiedade do IDATE consiste de 20 afirmações que fazem as pessoas descreverem como geralmente se sentem. A escala de estado de ansiedade consiste também de 20 afirmações, mas as instruções requerem dos indivíduos indicar como se sentem num momento particular no tempo. Essas escalas são impressas em lados opostos de um único formulário de testes.

A Escala de A-TRAÇO pode ser usada como um instrumento de pesquisa para selecionar indivíduos que variam em disposição para reagir a pressão psicológica com diferentes níveis de intensidade de A-ESTADO.

A Escala de A-ESTADO é um indicador sensível do nível de ansiedade transitória experimentada por clientes e pacientes em aconselhamento, psicoterapia e terapia do comportamento ou sob vigilância psiquiátrica. Pode ser usada também para medir mudanças na intensidade de A-ESTADO que ocorrem nessas situações. As particularidades essenciais avaliadas pela escala de A-ESTADO envolvem sentimentos de tensão, nervosismo, preocupação e apreensão.

O estado de ansiedade (A-ESTADO) é conceitualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos de tensão e apreensão desagradáveis e conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores em A-ESTADO podem variar em intensidade e flutuar no tempo.

O traço de ansiedade (A-TRAÇO) se refere a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, as diferenças

na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevações de intensidade no estado de ansiedade.

A aplicação do IDATE foi planejada para ser auto-administrável, e pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Instruções completas estão impressas no formulário do teste para ambas as escalas de A-ESTADO e A-TRAÇO. O inventário não tem limite de tempo.

Apesar de muitos dos itens do IDATE terem "face validity" de "ansiedade", o examinador não deve usar esse termo ao explicar o inventário. De preferência, ele deve se referir consistentemente ao inventário e as suas sub-escalas como QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO, o título impresso no formulário do teste.

Por esta razão, no nosso trabalho optamos por eliminar a parte superior impressa na folha de resposta do IDATE em português, publicada pelo CEPA (Centro Editor de Psicologia Aplicada), que deixa claro o que o teste mede (Ansiedade Traço-Estado).

Informações detalhadas sobre a construção do IDATE em sua forma original em inglês, bem como dados sobre a adequação da tradução (pelo método de sujeitos bilingues), fidedignidade, validade e padronização do IDATE estão apresentados no Manual do Teste (Spielberger e A. Biaggio, 1979).

Os demais instrumentos serão descritos em maior detalhe na seção de procedimentos.

2.3 - PROCEDIMENTO

Inicialmente foram feitos contatos com a Direção, Coordenação e Professores de todos os departamentos que foram submetidos à pesquisa, tanto da PUC, quanto da UERJ, com o objetivo de possibilitar a execução da pesquisa,

durante o horário de aula. Foram escolhidas turmas em dias de aulas normais, sendo eliminadas as turmas em dias de prova.

Para sujeitos foram escolhidos aleatoriamente de cada grupo, mencionado na composição da amostra, tres grupos (G_1 - Mastectomia, G_2 - Histerectomia e G_3 - Controle).

Como aplicadores, foram utilizados estagiários do curso de psicologia, estudantes voluntários da UERJ, para auxiliar a pesquisadora. Em cada grupo estiveram pelo menos duas pessoas e no máximo tres. São uma pessoa dava as instruções. As outras auxiliavam a distribuir, recolher e arrumar o material:

Foi dito aos alunos tratar-se de uma pesquisa feita por psicólogos e que se pedia a colaboração deles, caso concordassem, para um estudo sobre "Identidade Feminina e Esquema Corporal". E que o trabalho consistiria no preenchimento de um questionário.

Esperava-se a aquiescência das alunas e a retirada dos sujeitos homens e a das estudantes que não desejaram participar da pesquisa.

Manipulação Experimental

Para os sujeitos designados para a condição experimental mastectomia foi distribuída a seguinte história :

"Luciana é uma mulher jovem e atuante. De repente passou a sofrer terrivelmente de problemas em um dos seios.

Depois de vários exames médicos, testes de laboratórios e medicação, uma equipe médica chegou à conclusão de que se tratava de tumor maligno em estágio inicial, e que seria necessário uma cirurgia.

Luciana operou-se e lhe tiraram um seio.

Essa operação foi realizada há cinco anos atrás e os médicos garantem hoje que ela ficou curada e está totalmente afastado o perigo de reincidência.

Hoje Luciana não sente sua vida ameaçada mas vive sem um dos seios.

A operação que Luciana fez chama-se mastectomia. Após a cirurgia:

- há impossibilidade de amamentação na região do seio retirado.
- não há impedimento do ponto de vista biológico para o relacionamento sexual".

As instruções dadas foram as seguintes :

"Por favor, leiam atentamente a história".

Após a leitura coletiva :

"Agora vocês vão ver dois slides que mostram como fica a mulher submetida a este tipo de cirurgia".

A exposição dos slides foi de 10 segundos. Após a exposição do slide pré-operatório seguiu-se imediatamente a exposição do pós-operatório.

A figura 1 mostra as fotografias correspondentes a esses dois slides. (v. folha seguinte)

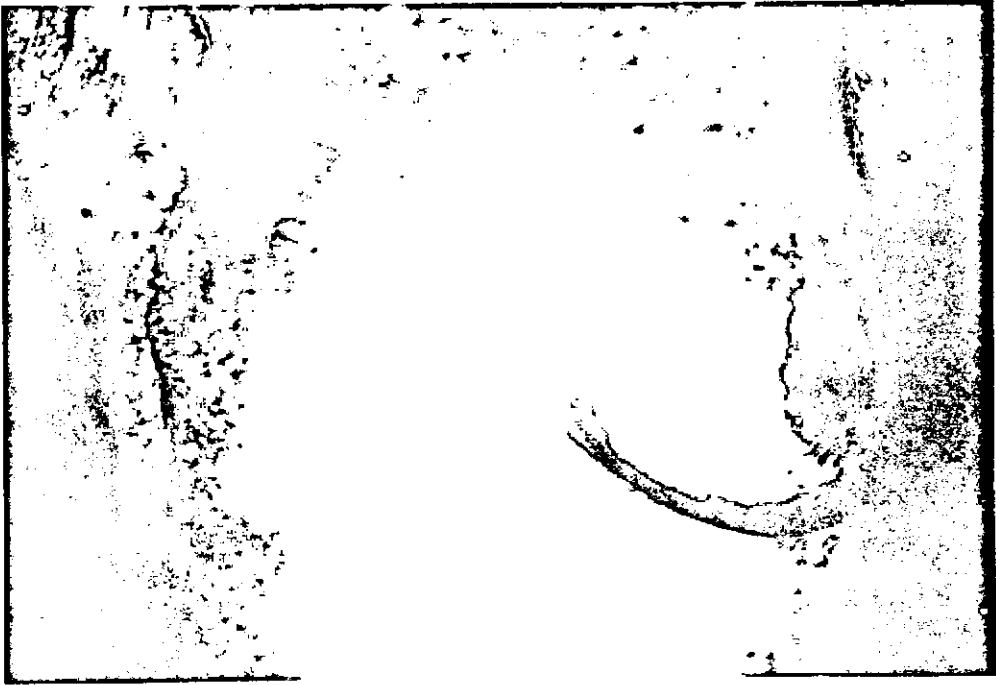


Figura 1. Fotografias feitas a partir dos slides ilustrativos de Mastectomia (prē e pōs).

Fim da exposição dos slides foi dito :

"Respondam a primeira parte desse questionário como cada uma de vocês imagina que Luciana responderia neste momento". (Tratava-se da escala A-ESTADO do IDATE).

Após todas as alunas terem terminado, foi dada a seguinte instrução :

"Agora vocês esqueçam a Luciana e respondam a segunda parte do questionário pensando em como cada uma de vocês geralmente se sentem, in dependente de Luciana. Focalizem como se sentem geralmente e não mais neste momento". (Tratava-se da escala A-TRAÇO do IDATE).

Após o término desta fase, foi pedido que se certificassem de que não haviam omitido algum item do questionário.

A seguir foi distribuída a folha com as "Informações Adicionais" e pediu-se que cada uma ao terminar, colocasse essa folha dentro do seu questionário respondido.

A finalidade do questionário de "Informações Adicionais" reproduzido a seguir, foi o de eliminar os sujeitos que não preenchessem os critérios por nós estabelecidos para a constituição da amostra. Tais critérios referem-se a idade, número de filhos, desejo de ter filhos e cirurgias anteriores. Maiores detalhes serão apresentados na seção de discussão.

Informações Adicionais (por favor responda os itens abaixo)

- 1) Iniciais e data de nascimento.
- 2) Qual o curso que você frequenta nesta universidade ?

- 3) Você tem filhos ?
- 4) Quantos filhos você tem ?
- 5) Gostaria de ter mais ?
- 6) Se você não tem filhos gostaria de vir a ter ?
- 7) Você já fez alguma cirurgia de retirada de útero, ovário ou seio ?

Enquanto as alunas preenchiam o cabeçalho do teste, onde é pedido o nome do sujeito, e nas "Informações Adicionais", explicou-se que apenas suas iniciais e a data de nascimento seriam suficientes. Procuramos desse modo garantir o anonimato de suas informações.

Alguns sujeitos perguntaram se iriam saber os resultados. Tivemos o cuidado de informar que após terminado o trabalho todos os departamentos que auxiliaram colocando turmas à disposição, teriam na secretaria os resultados, mas que os mesmos deveriam demorar algum tempo e que não podiamos precisar a data.

Agradecemos a colaboração de todas as alunas, assim como dos professores.

Nos casos em que as testagens dos dois grupos experimentais e o de controle do mesmo departamento não se realizaram no mesmo dia, pedimos que, em se tratando de pesquisa, não comentassem com colegas de outras salas a respeito do que havíamos feito.

Para a condição experimental histerectomia, o procedimento foi análogo, sendo que a história foi a seguinte :

"Luciana é uma mulher jovem e atuante. De repente passou a sofrer terrivelmente de problemas no útero.

Depois de vários exames médicos, testes de laboratórios e medicação, uma equipe médica chegou à conclusão de que se tratava de tumor maligno em estágio inicial, e que seria necessário uma cirurgia.

Luciana operou-se e lhe tiraram o útero.

Essa operação foi realizada há 5 anos atrás e os médicos garantem hoje que ela ficou curada e está totalmente afastado o perigo de reincidência.

Hoje Luciana não sente sua vida ameaçada mas vive sem o útero.

A operação que Luciana fez chama-se histerectomia. Após a cirurgia :

- há impossibilidade de ter filhos.
- não há impedimento do ponto de vista biológico para o relacionamento sexual!"

Os slides analogamente representavam o pré-e pós-operatório de uma mulher submetida à histerectomia.

A figura 2 mostra as fotografias correspondentes a esses dois slides. (v. folha seguinte)..



Figura 2 . Fotografias feitas a partir dos slides ilustrativos de Histerectomia (prē e pōs).

Quanto ao grupo de controle, entrávamos em sala, dizíamos os nossos objetivos, pedíamos a colaboração para preencher um questionário (IDATE), apenas as alunas que desejassem fazê-lo, e após o término distribuíamos o questionário de "Informações Adicionais".

3 - RESULTADOS

As médias e desvios-padrão em A-estado e A-traço dos três grupos estudados são apresentados na Tabela I.

TABELA 1
MÉDIA E DESVIO-PADRÃO DE A-ESTADO E A-TRAÇO

C	H	M
$\bar{X}_E = 40,25$ d.p. = 8,67	$\bar{X}_E = 52,10$ d.p. = 12,88	$\bar{X}_E = 60,25$ pd. = 9,09
$\bar{X}_T = 40,94$ d.p. = 8,55	$\bar{X}_T = 41,33$ d.p. = 20,02	$\bar{X}_T = 43,37$ pd. = 9,11

Como desejável os tres grupos não eram significativamente diferentes em A-Traço (ver tabela 2), e além disso, as médias de cada grupo aproximam-se da média da amostra de padronização, ou seja, tratavam-se de mulheres normais quanto ao traço de ansiedade. (Manual do Teste - pag. 45).

TABELA 2
SUMÁRIO DA ANÁLISE DE VARIÂNCIA PARA A-TRAÇO

FONTE	SQ	GL	MQ	F
Tratamentos	226,56	2	113,28	1,31
Erro	13912,14	162		
Total	14138,70	164	85,88	

As diferenças entre as médias dos tres grupos em A-estado foram analisados através de uma análise da variância para um fator seguida do teste de comparações múltiplas de DUNCAN. Estes resultados são apresentados respectivamente nas tabelas 3 e 4, a seguir :

TABELA 3

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE VARIÂNCIA PARA A-ESTADO

FORTE	SQ	GL	MQ	F
Tratamento	11126,10	2	5563,05	51,50*
Erro	17498,22	162	108,01	
Total	28624,32	164		

* $P < 0,01$

TABELA 4

TESTE DE DUNCAN PARA A-ESTADO : DIFERENÇAS ENTRE MÉDIAS

	\bar{X}_C	\bar{X}_H	\bar{X}_M
$\bar{X}_C = 40,25$	—	11,85*	20,00*
$\bar{X}_H = 52,10$		—	8,15*
$\bar{X}_M = 60,25$			—

* $P < 0,01$

Como vemos acima, todas as tres hipóteses foram confirmadas, ou seja, as mulheres submetidas à situação experimental evocativa de ansiedade mostraram maior grau de A-estado do que as mulheres submetidas à situação experimental de histerectomia, assim como as mulheres submetidas à situação

experimental de histerectomia manifestaram maior grau de A-estado do que o grupo de controle.

Devido ao recurso que nos dá o IDATE de distinguir entre A-estado e A-Traço e devido à constatação de Spielberger de que pessoas com um alto traço de ansiedade sofrem grandes elevações em A-Estado quando sua auto-estima é ameaçada, enquanto que pessoas com baixo traço de ansiedade apresentam elevação de A-Estado, principalmente diante de ameaças físicas, decidimos analisar os dados contrastando os resultados dos sujeitos com alto traço e baixo traço de ansiedade, embora isto não constituísse hipótese de nossa pesquisa.

Para isso tomamos os 25% superiores e os 25% inferiores em A-Traço e testamos as diferenças entre as médias destes grupos de sujeitos na escala de A-Estado. Para o grupo de mastectomia um teste t de Student revelou diferenças significantes, sendo que o grupo de alto traço manifestou maior A-Estado do que o grupo de baixo traço ($t = 2,38 \cdot p < 0,05$).

TABELA 5

t DE STUDENT DA DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DE ESTADO DOS ALTO A-TRAÇO E BAIXO A-TRAÇO - GRUPO DE MASTECTOMIA

ALTO A-TRAÇO	BAIXO A-TRAÇO	$\bar{X}_{E_A} - \bar{X}_{E_B}$	t
$n = 15$	$n = 16$		
$\bar{X}_{E_A} = 61,33$	$\bar{X}_{E_B} = 53,00$	8,33	2,38*
$d.p._{E_A} = 8,54$	$d.p._{E_B} = 10,84$	$d.p._{E_A} - d.p._{E_B} = 3,50$	

* $P < 0,05$

TABELA 6

t DE STUDENT DA DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DE ESTADO DOS ALTO A-TRAÇO E BAIXO

A-TRAÇO - GRUPO DE HISTERECTOMIA

ALTO A-TRAÇO	BAIXO A-TRAÇO	$\bar{X}_{E_A} - \bar{X}_{E_B}$	t
n = 15	n = 14		
$\bar{X}_{E_A} = 58,64$	$\bar{X}_{E_B} = 44,20$	14,44	3,32*
d.p. $_{E_A} = 11,13$	d.p. $_{E_B} = 12,46$	d.p. $_{E_A} - d.p._{E_B} = 4,34$	

* P < 0,01

Estes dados sugerem, portanto, que tanto a histerectomia quanto a mastectomia são percebidas pelas pacientes mais como uma ameaça à auto-estima do que ameaça física.

Outra análise adicional que nos ocorreu fazer, também não formulada inicialmente como hipótese, porém sugerida por uma inspeção intuitiva dos dados encontrados, foi uma análise das diferenças entre A-estado e A-traço para cada sujeito.

Para isto trabalhamos não mais com os escores brutos do IDATE, porém com suas transformações para escala T de McCall.

As médias dos escores T dos tres grupos são apresentados na tabela 7, os resultados da análise de variância na tabela 8 e os resultados do teste de DUNCAN na tabela 9.

TABELA 7

MÉDIA DA DIFERENÇA ENTRE A-ESTADO E A-TRAÇO EM ESCORES PADRONIZADOS T

C	H	M
$\bar{X}_{E-T} = -0,31$	$\bar{X}_{E-T} = 6,74$	$\bar{X}_{E-T} = 16,52$

TABELA 8

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE VARIÂNCIA DA DIFERENÇA ENTRE A-ESTADO E A-TRAÇO

FONTE	SQ	GL	MQ	F
Tratamento	7863,41	2	3931,70	35,16*
Erro	18113,9	162	111,81	
Total	25977,31	164		

* $P < 0,01$

TABELA 9

TESTE DE DUNCAN : DIFERENÇAS ENTRE A MÉDIA DE DIFERENÇAS : A-ESTADO —
A-TRAÇO

	\bar{X}_{d_C}	\bar{X}_{d_H}	\bar{X}_{d_M}
\bar{X}_{d_C}	—	7,05*	16,83*
\bar{X}_{d_H}		—	9,78*
\bar{X}_{d_M}			—

* $P < 0,01$

Vemos na tabela 7 que no grupo de controle a diferença média entre estado e traço foi praticamente nula (-0,31), ao passo que nos dois grupos experimentais foi grande (6,74 para Histerectomia e 16,52 para Mastectomia). As diferenças entre os tres grupos foram estatisticamente significantes como vemos nas tabelas 8 e 9.

4 - DISCUSSÃO

4.1 - Considerações sobre a amostra e o procedimento

Nesta seção, antes de abordarmos os resultados da pesquisa discutiremos alguns pontos referentes à composição da amostra, conforme alertamos anteriormente, e também alguns problemas verificados no procedimento.

Em primeiro lugar, quanto à composição da amostra trabalhamos com um número semelhante de sujeitos de cada curso nas três situações, a fim de eliminarmos possíveis distorções devido às características dos alunos relativas aos diferentes tipos de cursos.

Não incluímos na nossa amostra sujeitos dos cursos de Medicina e Enfermagem pelos conhecimentos adicionais que poderiam ter em relação aos dois tipos de cirurgia abordados no nosso trabalho.

Não trabalhamos com sujeitos do curso de Psicologia pelo contato que eles têm com "situação de teste" e pelo possível conhecimento do IDATE.

Apesar de previamente selecionadas, excluímos as alunas do curso de Serviço Social da PUC/RJ pelos seguintes motivos :

- a) pelo tipo de curso achamos que os sujeitos poderiam ter características semelhantes aos estudantes de Psicologia.
- b) foi constatado que alguns sujeitos tinham conhecimento de testes e em especial do IDATE.
- c) no grupo mastectomia os aplicadores não conseguiram um clima de colaboração e controle emocional dos sujeitos.

Foram eliminadas da amostra as mulheres grávidas, pois achamos que este fato poderia conduzir a tendenciosidades e portanto estaríamos introduzindo variáveis difíceis de prever, contornar ou controlar.

Foram selecionados somente os sujeitos que responderam SIM ao item 6 do questionário de Informações Adicionais. Ficamos portanto somente com quem afirmou que "gostaria de ter filhos". Eliminamos os sujeitos que responderam com respostas carregadas de dúvidas, tais como, talvez, depende, sim e não, pode ser, não sei. Encontramos um número acentuado de respostas desse tipo no curso de Sociologia e Política da PUC/RJ.

Achamos que o fato da mulher não desejar filhos poderia alterar no sentido de diminuir a ansiedade, tanto no caso de histerectomia quanto no de mastectomia.

Excluimos da nossa amostra os sujeitos que já tinham sido submetidos a qualquer tipo de cirurgia em útero, ovário e/ou seio; mesmo que fosse cirurgia plástica estética.

Nosso objetivo foi o de trabalhar com uma amostra homogênea em termos de nenhuma experiência com cirurgias desse tipo e em termos de "desejo de ter filhos".

Não foram considerados o fato dos cursos serem ministrados pela manhã, tarde ou noite.

No que se refere ao procedimento, em duas turmas (grupo mastectomia e histerectomia) do curso de Letras da UERJ os grupos foram deslocados para salas especiais de projeção de slides (não havia corrente elétrica nas próprias salas de aula); o mesmo acontecendo numa turma do curso de Matemática da mesma Universidade (grupo mastectomia), só que a nossa projeção ocorreu numa sala comum, igual a qualquer outra.

Ainda em relação ao procedimento não nos foi possível levar a termo nossa pesquisa como pretendíamos com sujeitos reais, devido ao problema ético alegado pelos médicos das várias instituições procuradas e da falta de cooperação, por parte de psicólogos de algumas dessas instituições.

Tanto nos casos de histerectomia quanto nos de mastectomia as mulheres não desejam que outras pessoas saibam da "sua" situação. Nos casos de histerectomia chegam a pedir aos cirurgiões que não comentem com seus próprios maridos que o seu útero foi retirado. Nos casos de mastectomia elas têm vergonha de si mesmas e procuram evitar até que seus próprios familiares saibam.

Os médicos diante dessas evidências não permitiram o acesso às suas pacientes e nem mesmo quiseram facilitar o contato com as pacientes que na época frequentavam os hospitais.

Argumentamos que nesse caso seria apenas um passo a mais na rotina hospitalar, no conjunto de procedimentos que as mulheres teriam que necessariamente ser submetidas.

Tanto os médicos quanto os psicólogos alegaram que já havia demasiados momentos e muitas etapas que a mulher teria que "sofrer" antes e depois da histerectomia ou mastectomia, além do contato com os mais variados tipos de profissionais (exame clínico, exame de laboratório, raios X, fotos, assistente social, médicos, psicólogos, enfermeiros e atendentes).

Nossa intervenção foi qualificada como mais uma etapa e mais uma pessoa a sobrecarregar e a provocar tão somente maior desgaste físico e emocional para a paciente. O que consideramos discutível, já que não há comprovação científica de que o fato de responder ao IDATE provoque maior ansiedade.

Acreditamos até na possibilidade de funcionar como amortecedor da ansiedade por proporcionar à paciente a oportunidade de expressar suas angústias.

Morris (1979) salienta o pouco preparo do pessoal de enfermagem e a pouca disponibilidade dos médicos em ouvir suas pacientes, como também da necessidade de um atendimento psicológico além da rotina cirúrgica. Enfatiza também a importância de maior treinamento para os profissionais que lidam com cirurgias do tipo da mastectomia e valoriza o aspecto da comunicação entre paciente e os profissionais da área de saúde, no sentido de propiciar mais oportunidades para os pacientes falarem de seus medos, explicitando desse modo, suas ansiedades.

Talvez nesses fatores resida a origem da escassez de pesquisas brasileiras sobre os aspectos psicológicos relativos à mastectomia e à histerectomia.

Num dos hospitais públicos que estivemos e diante da nossa insistência foi-nos dito: "Minha filha, arquivo médico é só para médico, fora disso só abrimos para polícia".

Em outro hospital público cujos médicos se prontificaram a auxiliar e permitir o nosso acesso às pacientes que estariam em processo de serem mastectomizadas e histerectomizadas, o número de casos era muito pequeno, não sendo possível a formação de uma amostra de número significativo. Os casos de mastectomia eram ocasionais e os de histerectomia ocorriam com maior frequência numa faixa de idade média, superior à desejada na nossa amostra.

Diante das dificuldades relatadas acima, encontradas não só por nós, mas também por pesquisadores atuantes em países de maior tradição em

pesquisas como Dols (1980) nos E.E.U.U. que comenta na sua pesquisa as razões pelas quais não lhe foi possível levar a cabo seu trabalho :

"Um dos principais impedimentos foi a relutância dos cirurgiões particulares a deixarem seus pacientes participarem do estudo".

"Entre os hospitais em que nos foi permitido o acesso apenas 6 nomes foram dados para sujeitos potenciais. Mesmo assim foi impossível chegarmos a essas poucos pacientes, dado que os cirurgiões argumentaram :"

"Nossos pacientes nunca tiveram problemas físicos ou emocionais pós cirurgia".

"Responder a perguntas como essas (referia-se ao questionário sobre auto-imagem) fará com que elas pensem muito na mastectomia".

"Essa mulher tem mais de 60 anos, é viúva, e o seu seio já não tem tanta importância".

"Se vocês apenas deixarem-nas sozinhas elas não terão problema algum". (pag. 45).

Além do comentado acima e tendo em vista a utilização bem sucedida do IDATE em situações fictícias,, sentimo-nos plenamente justificados em utilizar a situação experimental conforme relatada.

A respeito da utilização de situação fictícias com o IDATE citamos aqui informações obtidas diretamente do manual do teste" :

"As instruções para a escala de A-traço do IDATE devem ser sempre as impressas no formulário. Para a escala de A-estado, entretanto, as instruções podem ser modificadas para avaliar o nível de intensidade do estado de ansiedade para qualquer situação ou intervalo de tempo que for de

interesse de um experimentador ou clínico. Quando administrado para finalidade de pesquisa, o experimentador pode querer alterar as instruções a fim de focalizar um determinado período de tempo. Um indivíduo pode ser instruído a responder, relatando como ele se sentia enquanto desempenhava uma tarefa experimental que tivesse recém-completado".

Hodges e Felling (1970) administraram o IDATE ao mesmo tempo que um Questionário de Situação de Tensão (SST), a 228 estudantes de graduação inscritos num curso de Introdução à Psicologia, da Universidade do Colorado. O SST descrevia 40 situações de tensão (ex. "Fazer um teste no qual vocês esperam fracassar", "Sair com um desconhecido do outro sexo", "Andar de avião numa tempestade"), e solicitaram aos jovens avaliar eles mesmos o grau de apreensão ou receio que acreditavam que sentiriam em cada situação. Correlações entre as avaliações foram computadas e quatro fatores foram extraídos dos resultados: medo de dor e perigos físicos; apreensão sobre participação na sala de aula; receios de fracasso social e acadêmico; e apreensão em situações de sair com pessoas do outro sexo.

A escala do IDATE correlacionou-se notavelmente com os três fatores que envolviam pressão psicológica ou ameaças à auto-estima (ameaças ao ego), mas não mostrou relação com o fator envolvendo dor e perigo físico. Os autores interpretaram seus resultados sustentando a Teoria de estado-traço e Ansiedade (Spielberger e outros, 1971).

Taylor, Wheeler e Altmann (1968) usaram a escala de A-estado para avaliar mudanças em nível de ansiedade como uma função de variações de tensão experimentalmente induzida em jovens marinheiros confinados em isolamento por períodos de mais ou menos 8 dias, no Instituto de Pesquisa Médica Naval de Bethesda, Maryland. Grupos que receberam instruções para esperar missões simuladas que lhes requereriam permanecer em isolamento por 20 dias,

e que "abortaram" a missão antes de concluí-la; demonstraram mais ansiedade (níveis mais altos de A-estado) que grupos sem sucesso que receberam instruções para esperar uma missão de 4 dias. Similarmente, grupos com expectativas de longas missões, que completaram com êxito a missão assinalada, demonstraram mais ansiedade (A-estado) que os grupos bem sucedidos em missões curtas.

Hall (1969) investigou os efeitos de ansiedade numa tarefa de aprendizagem programada para 156 rapazes de 29 grau. Jovens com altos e baixos escores de A-traço no IDATE foram designados aleatoriamente para condições experimentais de tensão e não tensão, e medidas de A-estado foram obtidas em vários pontos durante a tarefa. Escores médios mais altos de A-estado foram obtidos nas matérias mais difíceis, e o desempenho dos de alto A-estado foi inferior ao dos de baixo A-estado. Contrário à expectativa, as instruções de não tensão provocaram níveis mais altos de A-estado que as previstas para serem causadoras de tensão. Uma vez que a relação entre A-estado e desempenho nesse experimento foi consistente com a pesquisa anterior, a falha das instruções de tensão em provocar níveis mais altos de A-estado mostra a importância de tomar medidas reais de A-estado na situação experimental. A reação dos rapazes de Hall na tarefa experimental parece indicar que a condição de não-tensão seja mais ameaçadora para eles que a condição de tensão". (MANUAL DO IDATE, PAG. 32)..

Outro aspecto do procedimento que gostaríamos de justificar foi o uso da combinação da história com os slides. Achemos mais eficaz a utilização dos slides para dar mais realismo à situação experimental.

Também no Manual do Teste encontramos :

"Graham (1969) conduziu uma série de entrevistas com dois grupos de pacientes esquizofrênicos recém-chegados a um hospital psiquiátrico

do Estado da Pensilvânia. A um grupo de pacientes (grupo P) foi apresentada uma série de slides, quadros de duas pessoas interagindo; ao segundo grupo (grupo D) foi pedido que respondesse a descrições verbais padronizadas desses mesmos quadros. A meta principal desse estudo era determinar se havia alguma diferença entre esses grupos em nível de ansiedade imediatamente após a entrevista. Como se esperava, as médias de escores de A-estado dos pacientes do grupo P foram notavelmente mais altas que as dos pacientes do grupo D. Apesar do tamanho da amostra ser pequeno, os resultados sugerem que a escala de A-estado do IDATE pode ser útil na avaliação da quantidade de ansiedade experimentada por pacientes quando respondem a testes tais como o TAT e o Rorschach". (MANUAL DO IDATE, PAG. 32).

Diante disto, achamos mais um motivo para reforçar a nossa idéia de utilizar slides, já que como foi demonstrado, o estímulo visual parece ser mais forte do que o verbal.

4.2 - CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS

Todas as abordagens teóricas que analisamos neste trabalho, se referem a ansiedade como "uma sensação penosa ante a ameaça de impotência" (Freud), "em estado desagradável, parecido com o medo, perturbador e antecipatório do futuro" (Estes e Skinner), "uma confusão referente a quem somos e o que deveríamos fazer" (May), "uma interrupção de uma sequência aprendida ou esperada", "um imprevisto" (Mandler e Watson), "um estado emocional de desprazer" (Spielberger).

Difícilmente um evento gera naturalmente tanta ansiedade do que a expectativa de uma cirurgia Sloan (1978). Não só pelo impacto e agressão ao ser humano como também pela situação de perigo, de impotência, de ameaça, de medo da morte que a própria operação sugere. Cannon (1957) comparou o "stress" psíquico após qualquer cirurgia "... a um terror aparente ou reprimido...".

Se qualquer cirurgia provoca um estado de ansiedade não é impossível fazer-se previsões sobre o impacto terrível que pode ser quando essa operação se refere a órgãos carregados de simbolismos e mitos, ligados à maternidade e aos aspectos de identificação feminina, como também relacionados à sexualidade. Este é o caso da mastectomia e da histerectomia.

Mead (1949) concluiu que o seio feminino é uma fonte primária da identificação de uma mulher com seu papel feminino.

Renneker e Cuther (1952) disseram que os seios, além de serem um símbolo de sexualidade, são ligados ao papel da maternidade e diretamente relacionados com a identidade da mulher como fêmea.

Por outro lado, Drellich e Bieber (1958) também referem-se as funções uterinas levando em conta o papel menstrual e o aspecto emocional e

psicofisiológico da identificação com o papel feminino.

Sloan (1978) apresentou provas de que a menstruação era considerada pelas mulheres como um crédito, em vez de um débito. Ela funciona como parte do relógio biológico e que o vasto significado simbólico atribuído ao menstruo não tem limites. É suficiente acrescentar-se que a importância da menstruação em si é a de que ela é o indicador visível de que o útero está vivo.

Não é de se admirar que tanto a histerectomia como a mastectomia, sejam percebidos como uma afronta a mulher, como um ato mutilatório com consequências graves em todos os aspectos relativos ao "ser mulher", atingindo sua beleza, sua auto-estima, a sensação de ser desejada como fêmea, e seu corpo, podendo alterar a percepção de si mesma como pessoa, mulher e mãe.

A retirada de um seio (Polivy, 1975), leva a mulher a perder o sentido de "ser mulher". A vida poderia não valer a pena ser vivida se os seios fossem amputados (Bard e Sutherland, 1955).

Em relação a possível retirada do útero uma mulher mãe de 13 filhos e com muito mais de 30 anos relutou à operação dizendo que "não me arriscaria a ser menos do que uma mulher inteira" (Sloan, 1978).

Uma das posições teóricas que vimos foi a de Mandler e Watson (1966) em que os autores afirmam que "a interrupção de uma sequência organizada de comportamento serve como uma condição suficiente para evocar ansiedade". O corpo humano com todos os seus órgãos fazem parte de uma sequência planejada, então qualquer mutilação interrompe uma sequência organizada e a ansiedade instala diante da percepção da impossibilidade de qualquer controle sobre essa interrupção. A operação quebra a sequência estética, do "ser mulher" e faz perder condições associados à mística feminina. Espera-se que

a mulher tenha dois seios, um útero, menstrue; possa gerar, lactar para sen-
tir-se completa.

As mulheres após a histerectomia descreveram-se como "uma mulher pela metade", "assexuada", "vazia" e "neutra" (Sloan, 1978). As que foram submetidas a mastectomia referiam-se como "incompletas", "segunda classe", "desfigurada", "inadequada" e "baixo padrão" (Maguire, 1975).

Grande parte dos adjetivos escolhidos por essas mulheres são respostas que sugerem uma baixa auto-estima e portanto um auto-conceito abalado.

O auto-conceito é uma auto-definição formada através de percepções de características individuais, relações interpessoais e extrapessoais, e do valor ligado a essas percepções (Drieves 1976, Rogers 1959). Logo "vazia", "pela metade" e "assexuada" (no caso de histerectomia) e "incompleta" "segunda classe", "baixo padrão" (no caso da mastectomia) nos leva a afirmar que os dois tipos de situação levam a mulher a se sentirem desvalorizadas.

A hipótese que testamos foi a de que a mastectomia provocaria maior nível de ansiedade do que a histerectomia, pois a mastectomia deve abalar mais a mulher na sua auto-estima por ser uma mutilação visível, exter-
na, o que está de acordo com Polivy (1975) quando afirma que a aparência dos seios é um critério importante para o sentir-se desejável como mulher.

Segundo Gruendemann (1975) a quantidade de ansiedade relacionada à perda de uma parte do corpo dependerá da significância daquela parte. O que nos leva a considerar e concluir diante dos resultados obtidos na nossa pesquisa que o seio é percebido como mais importante do que o útero para a mulher, e que portanto a mastectomia deflagra maior ansiedade e atinge mais

profundamente a auto-estima do que a histerectomia.

Poderíamos justificar o impressionante resultado que obtivemos, na explicação de Roeske (1979) de que atualmente as mudanças sociais aumentaram as expectativas da mulher quanto à realização fora da maternidade. Com o surgimento de um número cada vez maior de fontes de status e de possibilidades para a mulher aumentar a auto-estima não é de se estranhar que haja mudanças no significado emocional da histerectomia.

Um outro ponto que poderia ser acrescentado a esse argumento foi o fenômeno verificado na nossa amostra com as estudantes de sociologia. Encontramos nesse grupo um número bem maior de dúvidas e negativas à nossa pergunta "se gostaria de ter filhos". Parece indicar que a própria escolha desse curso já demonstra um posicionamento mais crítico, mais questionador e mais inovador dessas mulheres, sem dúvida mais politizadas, mais atuantes, com mais alternativas para aumentar sua auto-estima, do que a alternativa da maternidade.

Nas classes mais baixas a idéia de que "estamos aqui para ter filhos" (Wolff, 1970) parece confirmar ainda mais nossas sugestões.

Trabalhamos com jovens universitárias numa faixa de idade considerada de "alto risco" para histerectomia em Hampton e Tornasky (1974) e que responderam afirmativamente ao "desejo de ter filhos", e mesmo assim a situação evocativa de mastectomia demonstrou ser mais ansiogênica do que a histerectomia.

Nossos resultados estão de acordo com os encontrados por Kroger (1963) que indicaram que o conceito de integridade ou totalidade corporal dependia de aspectos externos e não da parte interna estar intacta; e com a afirmação de Spielberger de que a ansiedade estado aumenta muito mais quan

do o sujeito se vê frente à pressões que envolvam a auto-estima do que frente a ameaças físicas.

Esse aspecto da teoria de Spielberger foi totalmente confirmada quando trabalhamos com as diferenças entre A-traço e A-estado, pois a teoria e as pesquisas de Spielberger revelam que sujeitos de alto traço de ansiedade são mais sujeitos a elevações do estado de ansiedade quando se deparam com situações que ameaçam a auto-estima, ao passo que os sujeitos de baixo traço apresentam elevações do estado de ansiedade não tanto diante de ameaças à auto-estima, mas diante de ameaças físicas (semelhante ao conceito de ansiedade objetiva em Freud).

Como vimos, a mastectomia e a histerectomia devem ameaçar mais a auto-estima (especialmente no caso da mastectomia), daí os resultados encontrados: maior diferença entre traço e estado no grupo experimental mastectomia do que no histerectomia, e ainda maior A-estado nos sujeitos de alto-traço do que nos de baixo traço, tanto no grupo Mastectomia como no histerectomia.

Inúmeras pesquisas na literatura revelam uma tendência de cada mulher como característica de personalidade a reagir de modo peculiar à situações ansiogênicas. Nesse sentido as reações pré-cirurgias assim como as formas de reagir à tensão e os diferentes estilos de lidar com as situações ("coping style"), podem predizer algumas atitudes, comportamentos, nível de aceitação e possibilidade maior ou menor de ajustamento pós-cirurgia. Nesse ponto sentimos a importância de um psico-diagnóstico pré-operatório para prevenir possíveis complicações no futuro ajustamento da mulher assim como para ajuda-la e compreende-la em situações tão delicadas e difíceis como depois de uma mastectomia ou histerectomia.

Menzer et al (1957) conclui que "a resposta psicológica característica a situações ansiogênicas era um bom indicador do padrão de recuperação.

Hollender (1960) da mesma forma conclue que "a história de depressão anterior é de significativa predição de que a mulher irá provavelmente reagir à histerectomia".

Descobriu-se uma relação significativa entre ansiedade pré-operatória e uma má recuperação a longo prazo da operação comenta Barglow et al (1965) e finalmente, apenas para citar alguns exemplos, temos Barker (1968) confirmando que "três fatores vistos como significativamente ligados ao aumento da possibilidade de referência psiquiátrica pós-histerectomia são a ausência de doença pélvica demonstrável, referência psiquiátrica anterior à operação e distúrbio matrimonial. Estas descobertas sugerem que certas pacientes sã devem ser submetidas a histerectomia após uma avaliação cuidadosa".

Por outro lado também a literatura sobre mastectomia se refere a traços básicos de personalidade e sua relação com o pós-operatório. Greer (1976) relatou que 62% de sua amostra de pacientes que retardaram por mais de 3 meses a apresentação de seus sintomas nas mamas eram "negadoras habituais".

Cobb (1974) demonstra que o impacto de qualquer evento dado, quer a doença ocorra ou não, é mediado pelas características pessoais (estilos pessoais de "enfrentamento", necessidades psicológicas, predisposições genéticas e experiência passada).

Lipowski (1977) diz que os indivíduos procuram diminuir o efeito de experiências desagradáveis pela adoção de "um estilo pessoal de lidar com as situações" ("coping style") e que uma vez desenvolvidos esses "estilos", tornam-se aspectos relativamente permanentes na personalidade. Da mesma forma Menzer et al (1957) já concluíam que a recuperação e bem-estar da paciente estava associada à determinação anterior da estrutura de personalidade, defe-

sas do ego e fantasias expressas. Melody (1962) demonstrou que as pacientes que apresentaram reações depressivas pós-operatórias agudas, tinham em alguma ocasião antes da histerectomia se consultado a um médico com queixas referentes a emoções, tais como, melancolia, tristeza, fadiga e "sintomas nervosos".

Os estudos de Benson, Hanson e Matarazzo (1959), Cohen et al (1953), Purzell, Robbins e Cohen (1951), indicam que personalidades, histéricas com ou sem situações objetivas de vida estressantes, estão mais predispostas à histerectomia, cujo resultado pode ser a depressão secundária à estrutura de personalidade pré-morbida. Na mesma linha, confirmando ainda a teoria de Spielberger, Chynoweth (1973), encontrou uma correlação significativa entre saúde psicológica anterior à operação e o resultado pós-histerectomia. Igualmente Ackner (1960) e Melody (1962) afirmaram que pacientes com história de doença psiquiátrica pré-operatória haviam tido depressão pós-operatória e que portanto havia uma correlação entre pacientes histerectomizados com dificuldades emocionais e presença de personalidade instável pré-operatória; o mesmo conclui Richards (1973) ao constatar que 65% das pacientes com depressão pré-operatória manifestaram a mesma problemática depois da operação.

Na pesquisa de Morris (1979) os pacientes que obtiveram índices e levados na Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton antes da biopsia mostraram menor probabilidade de adaptar-se bem à mastectomia dois anos mais tarde. Da mesma forma as mulheres que consideraram o suicídio em seguida à mastectomia se distinguiram por diferença altamente significativa nos escores do Neuroticismo do Inventário de personalidade de Eysenck. O teste foi administrado antes da cirurgia.

A explicação provável é que as mulheres com escores "N" elevados se adaptariam mal, ao que se espera, à tensão de qualquer natureza.

Ainda Morris (1979) no seu trabalho encontrou uma relação estatisticamente significativa entre as respostas psicológicas ao cancer (medida 3 meses pós-cirurgia) e resultados 5 anos após. Os resultados favoráveis foram mais frequentes em pacientes cujas respostas foram categorizadas como negação ou espírito de luta do que mostraram aceitação estóica ou resposta de impotência/desesperança.

A negação como mecanismo de defesa é frequentemente usada como um padrão de lidar com o problema. Polivy (1977) afirma que a negação é usada frequentemente pela mulher para se proteger contra o impacto total da amputação do seio. Ainda Polivy (1974) afirmara que o ajustamento emocional à histerectomia parece ser um tanto previsível e que uma atitude pré-operatória de despreocupação parece ser uma máscara para a ansiedade reprimida ou reflete a negação do trauma esperado. Isto pode ser interpretado como um sinal de aviso de dificuldades futuras no ajustamento, porque quando a negação já não é eficaz (no pós-operatório) o impacto súbito da percepção de todos os medos pode causar um sério distúrbio.

Sendo a negação um mecanismo de defesa geralmente usado pelas mulheres no combate à ansiedade parece claro a luz de nossos resultados que a mastectomia pelo fato de ser uma mutilação visível e portanto mais difícil de negar apresenta maior nível de ansiedade do que a histerectomia.

Confirmando mais ainda nossos surpreendentes resultados Katz et al (1970) concluíram que a perda do seio parecia ser um problema maior do que a possibilidade da reincidência do câncer e que a negação do câncer era mais fácil por ser invisível, do que a negação da perda do seio. Ainda de acordo com nossas hipóteses Patterson e Craig (1974) encontraram pouca preocupação com a perda do útero ou ovários, atribuindo isso ao fato desses órgãos não serem visíveis externamente.

4.3 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A partir das leituras feitas e do experimento executado chegamos às seguintes conclusões :

- Indivíduos tem formas peculiares de reagir à tensão. Seriam traços estáveis da personalidade que se manifestam de forma característica e pessoal às pressões internas e/ou externas.
- Cirurgias em geral fazem com que os indivíduos experimentem tensão.
- Os seios e o útero são órgãos importantes pelas suas funções naturais e mais ainda porque constituem órgãos carregados de simbolismos, mitos e significados em relação à feminilidade, ao sentimento de ser mulher, à percepção de ser aceita por si mesma e pelos outros como pessoa (com identidade própria), como mulher (com atributos físicos e sexuais) e, como mãe (na capacidade ou não de gerar e lactar).
- A perda do seio pela mastectomia pode ser um acontecimento muito difícil para a mulher e ser vivenciado como uma morte ("sem seio a vida não vale a pena ser vivida").
- A perda do útero pela histerectomia pode ser um acontecimento muito difícil para a mulher e ser vivenciado como um luto ("sinto-me morta por dentro").
- As mulheres submetidas à mastectomia e histerectomia, frequentemente utilizam a negação como mecanismo de defesa.
- Mastectomia e histerectomia são acontecimentos estressantes que levam as mulheres a experimentarem níveis de ansiedade aumentados, sendo que a mutilação da mastectomia provoca um aumento consideravelmente maior.

- Esse aumento considerável deve ser porque diante de uma mutilação externa e visível fica muito mais difícil negar.
- A ansiedade que provoca a mastectomia é mais aguda já que atinge basicamente a auto-estima feminina e esta está mais relacionada com os seios do que com o útero.
- A auto-estima ligada ao sentir-se inteira, desejada, aceita e bela está diretamente relacionada à integridade dos seios.
- A auto-estima ligada a maternidade foi se alterando em decorrência de mudanças sociais e o advento de outras alternativas e novas fontes de status e auto-estima, podem ter levado a mulher à realizações fora da maternidade.
- Mulheres com alto traço de ansiedade e com predisposições de personalidade patológicas podem reagir diante das operações deixando eclodir dificuldades emocionais já pré-existentes.
- As dificuldades emocionais podem ser um fator de impedimento ou de atraso na recuperação e ajustamento pós-cirurgia.
- Mesmo as mulheres de baixo traço de ansiedade mostraram maior nível de ansiedade diante da situação experimental de mastectomia do que na de hysterectomia.
- Nossa amostra apesar de ter sido constituído de mulheres jovens (grupo "alto risco" para hysterectomia) e de todas terem afirmado que desejavam filhos a situação experimental de mastectomia mostrou índices mais elevados de ansiedade.
- As pesquisas revelaram que as mulheres diante da mastectomia frequentemente apresentam sintomas de ansiedade, medos, culpa, depressão, senti-

mentos de desvalorização e problemática, nas áreas de relacionamento interpessoal e sexual.

- As pesquisas revelaram que as mulheres submetidas à histerectomia podem apresentar sintomatologia análoga.
- Pesquisas mostraram que as pacientes tem dificuldades em falar sobre os seus sentimentos com o cirurgião e com a equipe médica em geral.
- Notou-se problemática na área sexual incluindo perda do desejo sexual, dificuldade de atingir o orgasmo e atitudes hostis contra o parceiro sexual.
- Os estudos evidenciaram a importância do conhecimento de características de personalidade antes da operação com o objetivo de prevenir problemática pós-operatória.
- Foi demonstrado a importância do atendimento e acompanhamento psicológico das pacientes além da rotina cirúrgica.
- O psicólogo pode ter junto a equipe médica e para-médica um grande e produtivo campo de trabalho.
- O psicólogo poderia atuar no momento pré-cirúrgico informando e fazendo psicodiagnóstico. Poderia ser um trabalho preventivo.
- O psicólogo poderia trabalhar junto à equipe médica durante o processo dando apoio e atendimento psicológico às pacientes.
- O psicólogo poderia atuar no pós operatório com um trabalho visando o ajustamento cooperando na recuperação psicológica o que ajudaria a recuperação física.

- O psicólogo poderia atuar no atendimento de casal e na intervenção familiar promovendo um melhor retorno da paciente ao seu ambiente auxiliando-a a ser aceita e a aceitar-se.
- Acreditamos que um trabalho em sistema de equipe multidisciplinar possa minimizar os efeitos psicológicos dos pacientes decorrentes da mastectomia e histerectomia, e assim facilitar a recuperação física, social e psicológica das mulheres.

Gostaríamos de sugerir outras pesquisas na área em populações brasileiras para que possamos analisar, testar e inferir resultados da nossa realidade.

Seria interessante o estudo com sujeitos reais nos hospitais e instituições a fim de serem analisadas e comparados os resultados, com a finalidade de elaborar planejamentos para um atendimento hospitalar mais humano, mais compreensivo, no sentido do paciente cirúrgico ser visto de uma maneira mais global, valorizando-se tanto os aspectos físicos como os psicológicos.

O trabalho de informação, discussão e interação com toda a equipe médica e para-médica a nosso ver seria o caminho para diminuir a distância na relação médico x paciente e vice-versa minimizando o sofrimento e os problemas adicionais que possam advir na área dos relacionamentos humanos.

Salientaríamos também a importância de outras pesquisas, como por exemplo em amostras de sujeitos que estivessem em tratamento de fertilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELAFF, M.D. & DEROGATIS, L.R. Psychologic aspects of primary and metastatic breast cancer. Em *Progress in clinical and Biological Research*. Montague, A.C.W., Stonesifer, G.L. Junr., Lewisson, E.S., Eds. Vol. 12: Breast Cancer, 1977, New York, Alan R. Liss Inc, 505-516.
- ABRAMS, R.D. The patient with cancer - his changing pattern of communication. New Engl. J. Med., 1966, 274, 317.
- ACKNER, B. Emotional aspects of hysterectomy: A follow-up study of 50 patients under the age of 40. Adv. Psychosom Med., 1960, 1, 248-252.
- AITKEN - Sewan, J. & Paterson, R. The cancer patients: delay in seeking advice. Br. Med. J., 1955, 623.
- AKEHURST, A. Post - mastectomy morale. Lancet, 1972, 181.
- ANANTH, J. Hysteresectomy and Depression, Obstetrics and Gynecology, 1978, 52 (6), 724-30.
- ASKEN, M.J. Psychoemotional aspects of mastectomy: a review of the literature Am. J. Psychiat, 1975, 132, 56
- ATKINSON, J.W. An Introduction to Motivation, New Jersey: Van Nostrand, 1964.
- BARD, M. The sequence of emotional reactions in radical mastectomy patients. Pub. Hlth. Rep., 1952, 64, 1144.
- BARD, M. & SUTHERLAND, A.M. Psychological impact of cancer and its treatment IV Adaptation to radical mastectomy. Cancer, 1955, 8, 656.- 672.
- BARGLOW, P., Gunther, M. Johnson, A. e Meltzer, H., Obstet. and Gynec., 1965, 25, 520.
- BARKER, M.G. Brit. med. J. 1969, 2, 91.

- BARTES, H.R. Resposta sexual após histerectomia ou mastectomia. Em Lief, H. I. (compilador) Sexualidade Humana. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1979, 23.
- BASOWITZ, H., Persky, H. Korchin, S.J. e Grinker, R.R: Anxiety and Stress, New York: Mc Graw-Hill, 1955.
- BERSON R.C., Hanson, K.H.; Matarazzo, J.D. A typical pelvic pain in women: Gynecologic - psychiatric considerations. Am. J. Obstet. Gynecol., 1959, 77, 806-823.
- BJORNSON, E., SUNLEY, R., Zussman, L., Zussman, S. Sexual response after hysterectomy - oophorectomy: Recent Studies and reconsideration of psychogenesis. Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 140, 725-729.
- BLACKMAN, D.E. Conditioned anxiety and operant behavior. Em Gilbert, R.M. e Keehn, J.D. (eds.) Schedule effects: drugs, drinking and aggression Toronto: University of Toronto Press, 1972.
- BLUM, L.S. Mastectomy: A study of reactions of women to feelings of being inadequately informed, helpless and abandoned. Dissertation Abstracts International, 1977, 37, 5599-5600.
- BRAGG, R.L. Am J. Public Health, 1965, 55, 1403.
- BRÉHIER, E. Historia de la Filosofia. B. Aires: Ed. Sudamericana, 1942.
- BRESSEER, B., Cohen, S.I. e Magnussen, F. The problems of phantom breast and phantom pain. J. nerv. ment. Dis., 1956, 123, 181.
- BREWIN, T.B. The cancer patient: communication and morale. Br. med. J., 1977, 1623.
- BROWN, G.W. Bhrolchain, M.N. & Harris, T. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociology, 1975, 9 225.

- BULS, J., Jones, I., Bennett, R., & Chan, D. Women's attitudes to mastectomy for breast cancer. The Medical Journal of Australia, 1976, 2 (9), 336-338.
- BUNKER, J. P., Donahue V.C., Cole, P. et al. Elective hysterectomy: pro and con. N. Engl. J. Med., 1976, 295, 264-268.
- CAMPBELL, D.T. Social Aptitudes and Other Acquired Behavioral Dispositions. Em S. Koch (ed.) Psychology: A Study of a Science, New York: Mc Graw-Hill, 1963, 6, 94-172.
- CANNON, W.B. Voodoo death, Psychosom. Med., 1957, 19, 182.
- CANTER, A., The efficacy of a short form of the MMPI to evaluate depression and morale loss. J. consult. Psychol., 1960, 24, 14.
- CARTER, S.K. Integration of chemotherapy into combined modality treatment of solid tumors: VII Adenocarcinoma of the breast. Cancer Treat. Rev., 1976, 3, 141.
- CARVALHO, J. Introdução. Em B. Spinoza. Ética. Coimbra: Atlântica, 1950.
- CASTANEDA, A., Boyd R., Mc Candless and Palermo D. The Children's Form of the Manifest Anxiety Scale child Development., 1956.
- CATTELL, R.B. & Scheir, I.H. Handbook for the IPAT. Anxiety Scale Questionnaire. Self-Analysis Form; 1963, Champaign Institute Personality Ability Testing.
- CHYNOWETH, R. e Abrahams, M.J. Psychological complications of hysterectomy, Aust. N. Z. J. Obstet Gynaec., 1977, 17, 40.
- CHYNOWETH, R. Psychological complications of hysterectomy. Aust. N.Z. J., Psychiatry, 1973, 7, 102-104.

- COBB, S. A model for life events and their consequences. Em stressful Life Events, Their Nature and Effects, Dohpenwend, B.S. and Dohrenwend, B.P., Eds. New York: 1974 John Wiley and Sons, 151-156.
- COBLINER, W.G. Psychosocial factors in gynaecological or breast malignancies. Hosp. Physician, 1977, 10, 38.
- COHEN, F. and Lazarus, R.S. Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery. Psychosom., 1973, 35, 375.
- COHEN, M.E., Robins, E., Purtell, J.J. et al. Excessive Surgery in hysteria. JAMA, 1953, 151, 977-986.
- CRAIG, T.J. Comstock, G.W. & Greiser, P.B. The quality of survival in breast cancer: a case-control comparison. Cancer, 1974, 33, 1451.
- GRAIG, T.J. Psychiatric consultation to the non-psysicion staff of an outpatient oncology clinic. Psychiatry Med. 1973, 4, 291.
- DENNERSTEIN, L. Wood, C., and Burrows, G.D. Sexual responses following hysterectomy and oophorectomy. Obstet. Gynecol., 1977, 49, 92.
- DENNY, J.P. The Effects of Anxiety and Intelligence on Concept Formation. Doctoral Dissertation, Duke University: Dissertation Abstr., 1963.
- DILTHEY, W. Leibniz e a sua Época. São Paulo: Saraiva e Cia., 1947.
- DODDS, D.T., Potgieter, C.R., e Turner, P.J. S. Afr. Med. J., 1961, 35, 53.
- DOLS, J.M.D. A study of the influence of a Group Exercise Discussion Program on the Self - Concept of the Female who has had a mastectomy, Master's thesis. Texas woman's University, 1980.
- DRELLICH, M., e Bieber, I. Psychological importante of the uterus, J. Nerv. Ment. Dis, 1958, 126, 322.

- DRIEVER, M.J. Theory of self - concept. Em S.C. Roy (ed.), Introduction to nursing: An adaptation model. New Jersey: Prentice Hall, 1976.
- EDGAR, P., e Mc Phee, H. How we become what we are, em William Heinemann, Media She, Melbourne: Australia Pty. Ltd., 1974.
- ESTES, W.K. e Skinner, B.F. Some quantitative properties of anxiety. Journal of Experimental Psychology, 1941, 29, 390-400.
- EYSENCK, H.J. & Eysenck, S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press, 1964.
- FALEK, A. & Britton, S. Phases in coping: the hypothesis and its implications. Soc. Biol, 1974, 21, 1.
- FORD, C.S., e Beach, F.A. Patterns of Sexual Behavior. New York, Harper & Row, Publishers, 1970.
- FREUD, S. A General Introduction to Psychoanalysis. New York: Washington Square Press, 1920.
- FREUD, S. Inibizione, Sintomo e Anagoscia. Torino: Boringhieri, 1951 (1^a publicação, 1926).
- FREUD, S. Obras completas. Inibição, Sintoma e Angustia, Rio de Janeiro: Ed. Delta, 1959, Vol. VI.
- GENESCA A.M. Patogenia das fobias de defesa: Tentativa de reconstituição do modelo freudiano- Dissertação de Mestrado, PUC/RJ, 1980.
- GILES, T.R. Historia do Existencialismo e da Fenomelologia. São Paulo: EPU, Edusp, 1975, Vol. I.
- GORSUCH, R.L., Lushene, R.E., Spielberger, C. D. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (trad. Biaggio e Natalicio), Rio de Janeiro. CEPA, 1979.
- GREER, S. Psychological aspects: delay in the treatment of breast cancer. Proc. R. Soc. Med., 1974, 67, 470.

- GREER, H.S., Lal, S., Lewis, S. C., Belsey, E.M. & Beard, R.W. Psychological consequences of therapeutic abortion: King's Termination Study III
Brit J. Psychiat., 1976, 128, 74
- GREER, S. Morris, T., Pettingale K.W. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. The Lancet, out 13, 1979, 785-787.
- GRUENDEMANN, B. the impact of surgery on body image. Nursing. Clinics of North America, 1975, 10 (4), 635-643.
- GUARDIAN. Sharing the burden and easing the pain. Jan.24, 1978.
- HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br.J. Soc. clin. Psychol., 1967, 6, 278.
- HAMPTON P.T., Tornasky, W. Hysteresectomy and tubal ligation: a comparison of the psychological aftermath. Am J. Obstet. Gynecol., 1974, 119, 949-952.
- HARSH, J. e Badia, P. A concurrent assessment of the positive and negative properties of a signaled shock schedule. Animal Learning and Behavior, 1974, 2, (3), 168-172.
- HATHAWAY, S.R. & McKinley, J.C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual, New York: Psychological Corporation, 1951.
- HIRSCHBERGER, J. Historia da Filosofia na Antiguidade. São Paulo, Herder, 1969.
- HEALEY, J.E. Role of rehabilitation medicine in the care of the patient with breast cancer. Cancer, 1971, 28, 1666.
- HENDERSON. J.C. Denial and depression as factors in the delay of patients with cancer presenting them selves to the psysician. Ann N.Y. Acad. Sci., 1966, 125, 856.

- HOLLAND, J. Psychologic aspectos of cancer. Em Cancer Medicine. Holland, J. F. and Frei, E., Eds. Philadelphia: Lea and Febiger, 1973, 991-1021.
- HOLLENDER, M.H. Am. J. Obstet. Gynecol., 1960, 79, 498.
- HULL, C.L. The problem of intervening variables in molar behavior theory, Psychological Review, 1943, 50, 273-291.
- HULL, C.L. Essentials of Behavior, New Haven: Yale University Press, 1951.
- HULL, C.L. A Behavior System, New Haven: Yale University Press, 1952.
- JAMISON, K. R., Wellisch, D.K. & Pasnau, R.O. Psychosocial aspects of mastectomy I: the women's perspective. Am. J. Psychiat., 1978, 135, 432.
- JANIS, I. L. Psychological Stress. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1958.
- JOINES, J. G. & Fishes, J. Post - mastectomy, counseling. Journal of Appielied Rehabilitation Counseling, 1977, 8, 99-106.
- KARTZ, J.L., Weiner, H., Gallagher, T.F. & Hellman, L. Psychoendocrine response to impending breast tumour biopsy. Archs. gen. Psychiat, 1970, 23, 131.
- KELLER F.S. e Schoenfeld, W. N. Principles of Psychology, New York: Appleton Century-Crofts, 1950.
- KENNEDY, Wallace A. Child Psychology. New Jersey: Prentice - Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1971.
- KENNEL, J.H., Slyter, H. & Klaus, M.H. The mourning response of parents to the death of a new-born infant. New Eng. J. Med., 1970, 283, 344.
- KLEIN, R. A crisis to grow on. Cancer, 1971 28, 1660.
- KIERKEGAARD, S. O Conceito de Angustia. Lisboa: Presença, 1972.
- KROGER, W.S. Psychosomatic obstetrics. Gynecology and Endocrinology. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1962.
- KROGER, W.S. Consultant, 1963, oct, 25.

- KUBLER-ROSS, E. On Death and Dying. New York: Macmillan, 1969.
- LASSER, T. A Manual for women who have had Breast Surgery. New York: 2nd Edn. American Cancer Society, 1969.
- LAZARUS, R.S. Psychological Stress and the Coping Process, New York: McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, R.S., Averill, J.R. & Opton, E.M. The psychology of coping: issues of research and assessment. Em Coping and Adaptation Coleho, G.V., Hamburg, D.A. and Adams, J. Eds. New York: Basic Books, 1974, 249-315.
- LEONARD, B. Body image changes in chronic illness. Nursing clinics of North America, 1972, 7 (4), 687-695.
- LINDEMANN, E. Am. J. Psychiatry, 1941, 98, 132.
- LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. Am. J. Psychiat., 1977, 134, 233.
- LONG, N.J. The initial effect of loss of body part on self esteem in women hospitalized for breast biopsy and possible mastectomy. Dissertation Abstracts Internacionál, 1975, 36, 1147, 1148.
- LYNCH, H.T. & Krush, A.J. Attitudes and delay in cancer detection. Archs. envir. Hlty., 1968, 17, 204.
- LYON, J.S. Management of psychological problems in breast cancer. Em Breast Cancer Management - Early and Late. Stoll, B.A., Ed. London: Heinemann Medical and Year Book Medical, 1977, 225-235.
- MARGAREY, C.J., Todd, P.B. & Blizard, P. Psychosocial factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer. Soc. Sci. Med., 1977, 11, 229.
- MARGUIRE, P. The psychological and social consequences of breast cancer. Nursing Mirror, 1975, 140, 54-57.

- MAGUIRE, P. The psychological and social sequelae of mastectomy. Em Modern Perspectives in psychiatric aspects of surgery. Howells, J.G., Ed. New York: Brunner Maisels Incorp., 1976, 390-421.
- MARGUIRE, G.P., Lee, E.G. Bevington, D.J., Kuchemann, C., Crabtree, R.J. & Cornell, C.E. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. Br. med. J., 1978, 963.
- MANDLER, G. e Sarason, S.B. A study of Anxiety and Learning. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1952.
- MANDLER, G. e Watson, D.L. Anxiety and the interruption of behavior. Em Spielberger, C.D. (ed.) Anxiety and Behavior, New York: Academic Press, 1966.
- MARKEL, W.M. The American Cancer Society's program for the rehabilitation of the breast cancer patient. Cancer, 1971, 28, 1976.
- MARTIN, L.R., Roberto, V.W. Clayton, J.P., Psychiatric status after hysterectomy. JAMA, 1980, 244, (4), 350-353.
- MASTROVITO, R.C. Emotional considerations in cancer and stroke: in Cancer. N.Y. State J. Med, 1972, 1, 2874.
- MAY, R. Historical roots of modern anxiety theories. Em Hoch, P.H. e Zubin, J. (eds.) Anxiety. New York: Grune and Stratton, 1950.
- MAY, R. O Homem ã Procura de si mesmo, Petrópolis: Vozes, 1973.
- MAY, R. (ed.) Psicologia Existencial, Porto Alegre: Globo, 1974.
- Mc Elin, T.W. Orthopanel, 1972, 14, 12.
- McINTOSH, J. Process of communication, information seeking and control associated with cancer: a selective review of the literature. Soc. Sci. Med., 8, 167.

- MEAD, M. Male and Female: A study of the sexes in a changing world. New York: William Morrow, 1949.
- MELODY G.F. Depressive reactions following hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol., 1962, 83, 410-413.
- MENZER, D., Morris, T. Gates, P. Sabbath, J. Robey, H. Plant, T. e Sturgis, S.H. Psychosom. Med., 1957, 19, 379.
- MILLER, N.F. Am J. Obstet. Gynecol., 1946, 51, 804
- MONTAGUE, E.K. The role of anxiety in serial rote learning, Journal of Experimental Psychology, 1953, 45, 91-96.
- MORRIS, T., Greer, H.S. & White, P. Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. Cancer, 1977, 40, 2381.
- MORRIS, T., Greer, H.S. & Pettingale, K.W. Psychiatric problems after mastectomy. Br. med. J., 1978, 1211.
- MORRIS, T. Psychological adjustment to mastectomy Cancer Treatment Reviews, 1979, 6, 41-61.
- PASCAL, B. Pensées et Opuscles. Paris: Hachette (org. por Leon Brunschvicg), sem data.
- PATTERSON, R.M., e Craig, J.B. Am.J. Obstet. Gynecol., 1963, 85, 104-111.
- PECK, A. Emotional reactions to having cancer. American Joornal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine, 1972, 114 (3), 591-600.
- PERLEY, N.Z. Problems of moral - ethical self: Guilt. Em S.C. Roy (ed.), Introduction to nursing: An Adaptation model. New Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- PESSOTTI, I. Ansiedade, São Paulo: EPU, 1978.
- PFEFFERBAUM, B., Pasmaw, R.O. Jamison, K. & Wellisch, D.K. A comprehensive program of psychosocial care for mastectomy patients. Int.J. Psychiatr. Med., 1978, 8, 63.

- POLIVY J. Psychological reactions to hysterectomy: A credical review. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 1974.
- POLIVY, J. Psychological effects of radical mastectomy. Public Health Reviews, 1975, 4, (3 e 4), 279-295.
- POLIVY, J. Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1977, 164 (2), 77-87.
- POSNER, S. Advances in breast cancer: management practices and rehabilitation update. Paper presented as the Fourth National Cancer Communications Conference. National Cancer Institute. American Cancer Society. Chicago: Illinois, 1977, june 20.
- PURTELL, J.J., Robins, E., Cohen, M.E. Observations on clinical aspects of hysteria. A quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. JAMA, 1951, 146, 902-906.
- RAY, C. Adjustment to mastectomy the psychological impact of disfigurement. En P.C. Brand & P.A. Van Keep (eds.), Breast cancer psychosocial aspects of early detection and treatment. Baltimore : University Park Press, 1978.
- RENNEKER, R., & Cutler, M. Psychological problems of adjustment to cancer of breast. Journal of the American Medical Association, 1952, 148, (10), 833-838.
- RICHARDDS, D.H. Depression after hysterectomy. Lancet, 1973, 2, 430-432.
- ROBERTS, M.M. Furnival, S. G. & Forrest, A.P.M. The morbidity of mastectomy. Br. J. Surg., 59, 301.
- ROESKE, N.C.A. Hysterectomy and the quality of a woman's life. Arch. Intern. Med., 1979, 139, 146-147.

- ROGERS, C.R. *Theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client - centered framework*. Em S. Koch (ed.), Psychology: A study of a Science (vol. 3). New York: McGraw-Hill, 1959.
- ROSAMILHA, N. Psicologia da Ansiedade Infantil, São Paulo: Ed. da Univers. de São Paulo, 1971.
- ROY, S.C. Introduction to nursing: An adaptation model. Englewoodcliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- SARASON, I.G. Empirical Findings and Theoretical Problems in the use of Anxiety Scales. Psychological bulletin, 1960.
- SCHAIN, W.S. *Reconstructive mammoplasty -reversibility of a trauma*. Paper presented at American Psychological Association Conference, San Francisco: 1977, August 30.
- SCHMALE, A.H. *Psychological reactions to recurrences, metastases or disseminated cancer*. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 1976, 1 (5-6), 515-520.
- SCHOENFELD W.N. *An experimental approach to anxiety, escape and avoidance behavior*. Em Hoch, P.H. e Zubin, J. (eds.) Anxiety. New York: Grune and Stratton, 1950.
- SCHONFELD, W. *Body-image in adolescents: A psychiatric concept for the pediatrician* Pediatrics, 1963, 31 (5), 845-855.
- SCHONFIELD, J. *Psychological factors related to delayed return to an earlier life-style in success-fully. treated cancer patients*. J. Psychosom. Res., 1972, 16, 41.
- SCHOTTENFELD, D. & Robbins, G.F. *Quality of survival among patients who have radical mastectomy*. Cancer, 1970, 26, 650.
- SCHUTIN, W.S. *Psychosocial issues in counseling mastectomy patients*. Counseling Psychologist, 1976, 6, 45-49.

- SCHWARTZ, M.D. An information and discussion program for women after mastectomy Archs. Surg., 1977: 112, 276.
- SHANDS, H. Finesinger, J., Cobb, S., & Abrams, R. Psychological mechanisms in patients with cancer. Cancer, 1951, 4, (6), 1159-1170.
- SIDMAN, M. Herrnstein, R.J. e Conrad, D.G. Maintenance of avoidance behavior by unavoidable shocks. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1957, 50, 553-7.
- SIDMAN, M. Anxiety, Proceedings of the American Philosophical Society, 1964, 108, 478-481.
- SKINNER, B.F. The Behavior of Organisms. N.York: Appleton-Century-Crofts, 1938.
- SLOAN, D. The emotional and psychosexual aspects of hysteresectomy, Am. J. Obstet. Gynecol., 1978, 131, 598-605.
- SPENCE, K.W. Behavior theory and conditioning, New Haven: Yale University Press, 1956.
- SPENCE, K.W. A Theory of emotionally based drive (D) and its relation to performance in simple learning situation, American Psychologist, 1958, 13, 131-141.
- SPENCE, K.W. Behavior theory and learning, Englewood cliffs: Nova Jersey, Prentice-Hall Inc, 1960.
- SPENCE, J.T. & Spence, K.W. The motivacional components of manifest anxiety: Drive and drive stimuli. Em C.D. Spielberger (ed.) Anxiety and Behavior, New York: Academic Press, 1966, 291-326.
- SPIELBERGER, C.D. the effects of Manifest Anxiety on Academic Achievement of College Students. Mental Higgiene, 1962.
- SPIELBERGER, C.D. & Smith, L.H. Anxiety (drive), stress, and serial- position

effects in serial-verbal learning: Jornal of Experimental Psychology, 1966, 72, 589-595.

SPIELBERGER, C.D. (ed.) Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966a, 3-20.

SPIELBERGER, C.D. the effects of anxiety on complex learning and academic achievement. Em C.D. Spielberger (ed) Anxiety and Behavior, New York: Academic Press, 1966b, 361-398.

STEIN, K. B. & Chu, C.L. Dimensionality of Barron's ego strength scale. J. consult. Psychol., 1967, 31, 153.

STEINER, M., e Aleksandrowicz, D.R. Isr. Ann. Psychiatry, 1970, 8, 186.

STENGEL, E. Zeitlyn, B.B., e Rayner, B. B., e Rayner, E.H. J. Ment. Sci., 1958, 104, 389.

SUTHERLAND, A.M. Psychological observations in cancer patients, Int. Psychiat. Clin., 1967, 4, 75.

SUTHERLAND, A.M. & Orbach, C.E. Psychological impact of cancer and cancer surgery: Depressive reactions associated with surgery for cancer. Cancer, 1953, 6, 958.

THOMAS, S. Breast cancer. The psychosocial issuls. Cancer Nursing, 1978, 1, 53-60.

TIFFANY, R. Mobilizing nursing skills. Paper read at international conference on Cancer Nursing, J. Adv. Nurrs. (in press)., London, 1979, sept. 4-8.

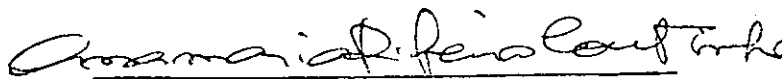
TILLICH, P.A. Coragem de ser, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

TORRIE, A. Like a bird with broken wings, World Med. Apl., 1970, 7, 36.


TULLY, J.P. Breast cancer: Helping the mastectomy patient live life fully. Nursing, 1978, 8, 18.

- UTIAN, W. H. Effect of hysterectomy, oophorectomy and estrogen therapy on libido. Int. Gynaecol. Obstet., 1975, 13, 97.
- WATTS, G.T. Non-mutilating mastectomy. World. Med. Jan., 1972, 19, 19.
- WEISMAN, A.D. & Worden, J.W. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. Int. J. Psychiath. Med., 1976, 7, 1.
- WEISMAN, A.D. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. Am. J. med. Sci., 1976, 27, 187.
- WELLISCH, D.K., Jamison, K.R. & Pasnau, R.O. Psychosocial aspects of mastectomy: the man's perspective. Am. J. Psychiat., 1978, 135, 543.
- WENGRAFF, F. Psychoneurotic symptoms, Am. J. Obstet. Gynecol. 1946, 52, 645.
- WINICK, L. & ROBBINS, G.F. Physical and psychologic readjustment after mastectomy. Cancer, 1977, 39, 478.
- WITKIN, M.H. Sex therapy and mastectomy. J. Sex Marital ther., 1975, 1, 290.
- WOLF, S.R. Postgrad Med., 1970, 47, 165.
- WRIGHT, R.C. Hysterectomy: past, present and future. Obstet. Gynecol., 1969, 33, 560-563.
- YALOM, I.D. & Greaves, C. Group therapy with the terminally ill. Am. J. Psychiat., 1977, 134, 396.

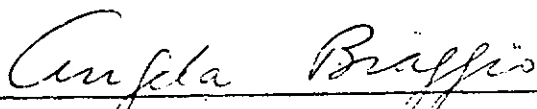
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



Anamaria Ribeiro Coutinho
Orientadora
PUC/RJ - Deptº de Psicologia



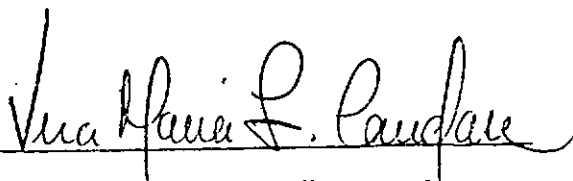
Miguel Chalub
PUC/RJ - Deptº de Psicologia



Angela Maria Brasil Biaggio
UFRGS - Deptº de Educação

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 15/03/82



Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas.