

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Faculdade de Psicologia  
Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade

**AUTOCONFIANÇA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E TENSÕES EM PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA AVALIADAS POR MEIO DA TÉCNICA DE RORSCHACH E ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA**

**ANA CRISTINA AZAMBUJA TOFANI**

**Dissertação para obtenção do Grau de Mestre  
em Psicologia Social e da Personalidade**

**Orientador: Prof. Dr. Cícero E. Vaz**

Porto Alegre  
Janeiro de 2006

## **DEDICATÓRIA**

Para meu Pai,  
Inspirador deste trabalho

Para minhas filhas,  
Representantes de amor e dedicação

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, fizeram parte dessa conquista, em especial:

- Ao Prof. Dr. Cícero Emídio Vaz, pela orientação neste trabalho e modelo de dedicação e profissionalismo;
- Ao Grupo de Pesquisa “Técnicas Projetivas, Personalidade e Cultura”, pelo apoio e aprendizagem;
- À Martina Marcondes de Carvalho pela dedicação, carinho, auxílio e empenho em suas contribuições;
- À Juliana Iglesias por seu carinho e auxílio nas contribuições;
- Ao Dr. Rodolfo Coutinho Radke pela colaboração no início do Projeto;
- Ao Dr. Dante Sica Lee e sua equipe do Hospital de Câncer pela colaboração durante a coleta de dados;
- Aos participantes da pesquisa;
- Ao Prof. João Feliz de Moraes pelo auxílio no levantamento estatístico;
- Ao Dr. Newton Barros pelo incentivo e empréstimo da sua Dissertação;
- À minha família e meus amigos pelo apoio emocional e compreensão.

Obrigada

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>1. PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.1. Câncer de próstata.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.2. Sexualidade Masculina.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.3. Qualidade de Vida.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.4. Portadores de câncer e condições psicológicas .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.4.1. Depressão.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.4.2. Ansiedade.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.4.3. Frustração.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.4.4. Confiança.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.4.5. Estresse.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3. PROBLEMA.....</b>	<b>23</b>
<b>1.4. HIPÓTESES DE PESQUISA.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5. MÉTODO.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5.1. Delineamento da Pesquisa.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5.2. População.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5.3. Amostra.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5.4. Instrumentos.....</b>	<b>24</b>
<b>1.5.4.1. Técnica de Rorschach.....</b>	<b>24</b>
<b>1.5.4.2. Escala QV - Qualidade de Vida.....</b>	<b>25</b>
<b>1.6. Procedimentos.....</b>	<b>25</b>
<b>1.7. PLANO DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>1.8. CRONOGRAMA.....</b>	<b>26</b>
<b>1.9. ORÇAMENTO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>31</b>
<b>Escala sobre Qualidade de Vida.....</b>	<b>31</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>35</b>

<b>2. ARTIGO TEÓRICO: Câncer de Próstata, sentimento de impotencia e fracasso ante os cartões IV e VI do Rorschach.....</b>	<b>37</b>
2.1. Câncer de Próstata.....	39
2.2. Diagnóstico clínico e condições psicológicas.....	39
2.3. Sexualidade, poder e psiquismo.....	42
2.4. Rorschach: Cartões IV e VI.....	47
2.5. Método.....	48
2.6. Resultados e Discussão.....	49
2.7. Considerações Finais.....	54
2.8. Referências.....	56
<b>3. ARTIGO TEÓRICO: Câncer de próstata, qualidade de vida e condições emocionais.....</b>	<b>59</b>
3.1. Câncer de Próstata, Diagnóstico e Prevalência.....	61
3.2. Sexualidade Masculina.....	65
3.3. Qualidade de Vida.....	66
3.4. Condições Emocionais.....	68
3.5. Considerações finais.....	77
3.6. Referências.....	80
<b>4. ARTIGO EMPÍRICO: Depressão, Ansiedade, Qualidade de Vida e a Técnica de Rorschach em Pacientes com Câncer de Próstata.....</b>	<b>86</b>
4.1. Depressão e Ansiedade.....	90
4.2. Sexualidade Masculina, Trabalho e Qualidade de Vida.....	93
4.3. Objetivos e hipótesis.....	96
4.4. Método.....	96
4.4.1. Amostra.....	96
4.4.2. Instrumentos.....	97
4.4.3. Procedimento.....	97
4.5. Resultados e Discussão.....	98
4.6. Conclusões.....	103
Referências.....	105
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>

## APRESENTAÇÃO

Qualidade de Vida é uma expressão muito utilizada em nosso meio. Para conceituá-la é importante ter alguns parâmetros desde os mais objetivos até os mais subjetivos.

Constituíram-se objetivos deste trabalho investigar características de personalidade de pacientes portadores de câncer de próstata por meio do Rorschach e a qualidade de vida desses pacientes. A pesquisa teve como amostra 30 pacientes com câncer de próstata, Grupo de observação, e 30 não pacientes, homens sem este diagnóstico configurando o Grupo controle. O Projeto, após a aprovação pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS e pela Comissão Científica e de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) foi executado nas dependências do Hospital de Câncer de Porto Alegre.

*Estão sendo apresentados nesta Dissertação em formato de artigos:*

- *Cópia do Projeto*
- *Cópia da Carta de Aprovação do Comitê de Ética*
- *Resultados da pesquisa*

Como resultados da pesquisa, foram elaborados três artigos, dois teóricos e um empírico. Os três artigos estão sendo apresentados com a formatação segundo as normas de cada periódico. Eis os artigos:

a) “Câncer de próstata, sentimentos de impotência e fracasso ante os Cartões IV e VI do Rorschach”, já encaminhado à Revista Interamericana de Psicologia (RIP); Autores: Ana C. A. Tofani (principal) e Cícero E. Vaz (segundo autor).

b) “Câncer de próstata, qualidade de vida e condições emocionais” a ser encaminhado à Revista PSYCHÊ; Autores: Ana C. A. Tofani (principal) e Cícero E. Vaz (segundo autor). Nesse estudo teórico os autores contextualizam o câncer de próstata,

diagnóstico e tratamento, abordando conceitos e estudos sobre qualidade de vida e sobre condições emocionais, que foram avaliadas através da técnica de Rorschach (sistema Klopfer) e um questionário de qualidade de vida.

c) “Depressão, ansiedade, qualidade de vida e a técnica de Rorschach em pacientes com câncer de próstata”; Autores: Ana C. A. Tofani (principal) e Cícero E. Vaz (segundo autor). É feito estudo comparativo e correlacional com base em dados empíricos dos instrumentos Rorschach e algumas questões da Escala de Qualidade de Vida (QV) entre pacientes, homens com câncer de próstata (n=30) e não pacientes, homens (n=30) sem este diagnóstico. Foram utilizados o teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os dois grupos, e o coeficiente W de Correlação de Pearson. Os resultados apontaram os seguintes resultados: homens portadores de câncer de próstata apresentam indicadores de auto-estima diminuída, ansiedade e depressão elevadas em comparação com os não pacientes; foi encontrada correlação entre depressão como traço de personalidade avaliada por meio do Rorschach e as questões pertinentes ao bem estar físico e emocional do QV.

*Palavras-Chave:* Rorschach; Qualidade de vida; Câncer de próstata; Depressão; Ansiedade.

Área – CNPQ: 7.00.00.00-0 Ciências Humanas

Sub-área – CNPQ: 7.07.00.00-1 – Psicologia - Preocupação com a saúde

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Faculdade de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade**

**QUALIDADE DE VIDA, AUTOCONFIANÇA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E  
CAPACIDADE PARA ENFRENTAR TENSÕES EM PORTADORES  
DE CÂNCER DE PRÓSTATA**

## **PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Ana Cristina Azambuja Tofani**

**Projeto de dissertação para obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia  
Área de concentração: Psicologia Social e da Personalidade**

**Orientador: Prof. Dr. Cícero E. Vaz**

**Porto Alegre  
Novembro de 2004**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>P. 11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>P. 11</b>
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>P. 12</b>
<b>3.1. Câncer de próstata</b>	<b>P. 12</b>
<b>3.2. Sexualidade Masculina</b>	<b>P. 13</b>
<b>3.3. Qualidade de Vida</b>	<b>P. 15</b>
<b>3.4. Portadores de câncer e condições psicológicas</b>	<b>P. 16</b>
<b>3.4.1. Depressão</b>	<b>P. 19</b>
<b>3.4.2. Ansiedade</b>	<b>P. 21</b>
<b>3.4.3. Frustração</b>	<b>P. 21</b>
<b>3.4.4. Confiança</b>	<b>P. 22</b>
<b>3.4.5. Estresse</b>	<b>P. 22</b>
<b>4. PROBLEMA</b>	<b>P. 23</b>
<b>5. HIPÓTESES DE PESQUISA</b>	<b>P. 23</b>
<b>6. MÉTODO</b>	<b>P. 23</b>
<b>6.1. Delineamento da Pesquisa</b>	<b>P. 23</b>
<b>6.2. População</b>	<b>P. 23</b>
<b>6.3. Amostra</b>	<b>P. 23</b>
<b>6.4. Instrumentos</b>	<b>P. 24</b>
<b>6.4.1. Técnica de Rorschach</b>	<b>P. 24</b>
<b>6.4.2. Escala QV - Qualidade de Vida</b>	<b>P. 25</b>
<b>6.5. Procedimentos</b>	<b>P. 25</b>
<b>7. PLANO DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>P. 25</b>
<b>8. CRONOGRAMA</b>	<b>P. 26</b>
<b>9. ORÇAMENTO</b>	<b>P. 27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>P. 28</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>P. 31</b>
<b>Escala sobre Qualidade de Vida</b>	<b>P. 31</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>P. 35</b>

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, em função de nosso trabalho como psicóloga clínica, temos atendido pacientes portadores de câncer. Na maioria dos casos a procura de atendimento tem se dado por encaminhamento médico.

O câncer surge quando as células de alguma parte do corpo começam a crescer sem controle, e usualmente assume forma de tumor. Os diferentes tipos de câncer podem comportar-se de maneiras diferentes e respondem a distintos tratamentos, segundo a National Comprehensive Câncer Network (2001).

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil. No passado, muitos destes casos eram diagnosticados tardiamente e os pacientes morriam em pouco tempo.

Os assuntos relacionados com a sexualidade preocupam muito aos pacientes que sofrem de câncer de próstata, e segundo a NCCN (2001) algumas sugestões podem ajudar os homens a enfrentar este momento e buscar apoio em outras pessoas.

A entrada da Psicologia na área de saúde, segundo Gimenes (1994) ocorreu formalmente por volta do século XX com o trabalho de Sigmund Freud nos seus “Estúdios sobre la histeria” (1893-95). Este trabalho destaca que muitos dos sintomas físicos dos pacientes possuem relação com aspectos emocionais.

O reconhecimento da interação entre aspectos físicos e psicológicos conduziu ao desenvolvimento de abordagens multidisciplinares para o manejo das manifestações dos pacientes oncológicos. Isto porque com o avanço tecnológico fundamentalmente da medicina, houve um aumento da expectativa do tempo de vida. Atualmente há uma preocupação cada vez maior com a qualidade de vida do paciente oncológico. Isso pode ser entendido a partir de numerosos fatores, tais como: o aumento da sobrevida, a maior disponibilidade de medicação específica, a redução de intervenções excessivamente técnicas ou agressivas, os recursos da medicina paliativa e o advento da psicologia da saúde (Veit, Chwartzmann e Barros, 1998).

A qualidade de vida envolve questões subjetivas, tais como a satisfação com a vida e a diminuição do sofrimento e da dor física, psíquica, social e espiritual. Isto depende da história de vida, características de personalidade e situação da doença, descritos pelo próprio paciente. Os fatores envolvidos neste conceito tomam como base o conceito de saúde ditado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) Segundo a OMS (1990), saúde é o completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência da doença ou enfermidade. A saúde não é uma qualidade da pessoa, mas é uma qualidade de vida, na qual é necessário assumir uma forma própria e peculiar de viver.

Tendo em vista aspectos psicológicos e câncer da próstata, pretendemos neste trabalho fazer uma avaliação da personalidade de pacientes portadores desta doença, enfocando autoconfiança, depressão, ansiedade e capacidade para enfrentar situações tensionantes.

## 2. OBJETIVOS

2.1. Efetuar um estudo sobre a qualidade de vida e as condições internas que os pacientes portadores de câncer de próstata mobilizam para enfrentar a depressão e estresse.

2.2 Efetuar um levantamento quanto a condições de personalidade e qualidade de vida do paciente portador de câncer da próstata.

2.3 Efetuar um estudo de correlação entre os indicadores de qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de próstata e suas condições de personalidade.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Câncer de próstata

O câncer de próstata é uma neoplasia maligna (câncer), do tipo adenocarcinoma em 95% dos casos, que nasce nos dutos prostáticos. A próstata é uma glândula que contribui com sua secreção para a constituição do sêmen, e depende dela o mecanismo de contenção urinária. Por fora da próstata existem feixes nervosos e de vasos sanguíneos responsáveis pela ereção. Sendo assim o tratamento cirúrgico ou radioterápico pode comprometer a ereção, por lesão dos feixes nervosos, ou levar à incontinência urinária em graus variados (Sarkis, 2003). A biópsia do câncer de próstata é um procedimento diagnóstico invasivo e doloroso, segundo Eisenberger (2004), que pode necessitar ser repetido. Isto talvez explique porque alguns homens retardam estas intervenções.

Com base nas estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil. Segundo Sadi e Wroclawski (2003) no passado, a maioria dos casos eram diagnosticados em uma fase tardia da doença e quase todos os pacientes morriam em pouco tempo. A partir de 1988 com a utilização do antígeno prostático específico (PSA), a mortalidade destes pacientes parece declinar, e o tratamento selecionado adequadamente pode aumentar a sobrevida e a qualidade de vida destes pacientes. A Sociedade Brasileira de Urologia em comunhão com a Associação Americana do Câncer (ACS) e com a Associação Americana de Urologia (AUA) recomendam o toque retal associado à dosagem plasmática do antígeno prostático específico (PSA) após os 50 anos de idade para o diagnóstico precoce deste tumor. Rosenblatt (2002) destaca a importância de abordar os fatores prognósticos, o estadiamento do câncer, as controvérsias e alternativas do tratamento para poder decidir entre as opções de tratamento.

Pesquisas recentes apontam que descrições detalhadas dos possíveis tratamentos para o câncer de próstata tendem a minimizar os riscos ou os efeitos colaterais associados ao tratamento. Deutsch (2004) escreve no seu periódico que a Dra. Ângela Fagerlin (PhD) pesquisadora da universidade de Ann Arbor, encontrou em apenas 44 publicações das 500 investigadas, as quatro opções de tratamento aos homens com câncer de próstata (espera, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia). Enfatiza que os esclarecimentos médicos são indispensáveis, mesmo que os pacientes recebam materiais educacionais, pois alguns destes materiais não descrevem os efeitos negativos do tratamento, e os pacientes necessitam toda a informação para fazer a sua escolha.

As necessidades mais comuns dos pacientes com este diagnóstico são os medos em relação à disseminação da doença, preocupação com as pessoas próximas e com as mudanças na sensibilidade sexual (Lintz, 2004).

O tratamento do câncer de próstata afeta a masculinidade e muitos homens se tornam impotentes durante o mesmo, mas segundo Simkins (2002) os sobreviventes valorizam a qualidade de vida possível como consequência deste tratamento. Bokhour (2002) aponta modificações na qualidade de intimidade sexual, na interação com as mulheres, nas fantasias e na percepção de sua masculinidade.

Pinheiro (2003) realizou um levantamento e concluiu que o crescimento de número de casos novos do câncer de próstata está ocorrendo pelo diagnóstico mais precoce.

Estudos apontam diferenças na qualidade de vida e ajustamento social de pacientes portadores de câncer de próstata e suas esposas. Detectaram que o estresse é mais forte no período da cirurgia, e que no período pós-cirúrgico vai diminuindo após 1 ano, principalmente quando há uma intervenção de suporte ao estresse do casal (Thornton, Perez e Meyerowitz, 2004). Thornton (2002) destaca ainda em sua dissertação, a

importância de incluir nas pesquisas a evolução do casal observando os eventos negativos e o stress mobilizados, bem como suas conseqüências.

A tendência do homem é não encarar abertamente seu fim da vida. Uma ocasião em que esta consciência ocorre é quando sua vida está ameaçada por uma doença. O fato de um paciente ser informado que é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. Para muitos pacientes, esta é uma doença fatal, mesmo com um número crescente de curas reais ou de remissões significativas (Moraes, 1994).

O diagnóstico de câncer é freqüentemente acompanhado de depressão, que é traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Como não consegue negar a doença, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se diante dos acontecimentos, que pode ser no início da doença, ou surgir após a cirurgia e outros tratamentos, onde em cada momento lhe é exigida nova readaptação (Moraes, 1994).

Durante o 40º Congresso da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, o mais importante da área no mundo, que ocorreu em junho de 2004 em New Orleans (EUA), foram apresentados dois estudos que revelaram um medicamento adotado na quimioterapia, capaz de reduzir em 24% o risco de morte nos portadores de câncer de próstata. Esta medicação já é adotada com sucesso no combate a tumores de mama e pulmão. Uma das pesquisas contou com a participação do brasileiro Dr. Mário Eisenberger, médico da conceituada instituição Johns Hopkins, de Baltimore. Em termos práticos foi descoberto que em média é possível ganhar mais dois meses de vida, e que o medicamento foi eficaz para os doentes que não respondem mais a uma terapia à base de inibidores de hormônios (uma das formas utilizadas para combater o câncer de próstata). Bock (2004) escreve que embora o resultado não pareça um grande avanço para a ciência é um passo importante, pois é o primeiro estudo que mostra que a quimioterapia pode aumentar a sobrevida desses pacientes, o que é significativo, conforme o Dr. Eisenberger (Revista Isto É, 2004).

### **3.2 Sexualidade masculina**

A sexualidade masculina está influenciada por uma série de mitos, modelos culturais e falta de informação que faz com que uma das atividades mais prazerosas do homem se encontre perturbada. O conhecimento da realidade e a informação clara podem ajudar a viver muitos momentos agradáveis e a melhorar uma relação de um casal alterada, ou evitar uma disfunção sexual.

Encontramos muito mais publicações sobre sexualidade feminina do que sobre a masculina, o que pode levar a pensar que é mais fácil ser homem em nossa sociedade em relação ao sexo. Em geral se pensa que a sexualidade feminina é misteriosa e complicada, e que os genitais masculinos são a essência da simplicidade, pois parece que toda a sexualidade está concentrada em um lugar, seu órgão genital.

Na 33ª Conferência (1932), Freud coloca que a distinção entre masculino e feminino não é uma distinção psicológica, pois quando se diz “masculino”, geralmente quer se dizer “ativo”, considerando que a célula sexual masculina é ativamente móvel e sai em busca da célula feminina, que espera passivamente. Este é o modelo da conduta sexual dos indivíduos durante o coito. Entretanto na mesma conferência Freud refere que as mulheres podem demonstrar atividade em diversos sentidos, desde a amamentação de um bebê, mas complementa referindo que a influência dos costumes sociais compelem as mulheres a uma situação passiva.

No Projeto de psicologia de 1895, Freud já afirmava que a tendência humana é a busca do prazer e a evitação do desprazer. Em *Más allá del principio de placer* (1920)

Freud propõe um dualismo pulsional: pulsões de vida (que englobam as pulsões sexuais e as de autoconservação) e pulsões de morte (ligadas a morte e destruição).

A simbolização do falo segue vigente em nossa cultura machista e obcecada pelo poder. Kaplan (1986) refere que a fórmula é ereção= macho= viril = homem exitoso = desejado pelas mulheres = admirado por todos os homens, e pobres dos que algum dia falham (p.16).

Algumas influências psíquicas fazem com que o homem adulto perca sua capacidade de resposta sexual. Masters e Johnson (1979) referem que a perda de interesse no coito criada por aborrecimentos na relação é um dos fatores mais constantes: a rotina, a escassa capacidade de variações dentro do relacionamento e o descuido pessoal aos poucos interferem no desejo do homem, que trata de procurar mulheres mais jovens, ou satisfazer-se com práticas masturbatórias. Além disto as preocupações econômicas num meio altamente competitivo, a necessidade de trabalhar muitas horas, sem o descanso correspondente, o stress e a fadiga vão minando tanto psicológica quanto organicamente um homem, tornando mais difícil o acesso a sua vida erótica. Outros aspectos como os excessos de ingestão de álcool, as enfermidades mentais e físicas diminuem as capacidades eréticas e levam ao temor ao desempenho.

Parece necessário preservar a ilusão de que o homem não tem dúvidas, perguntas ou preocupações sexuais, e que foi educado para não se permitir expressar seus sentimentos. Kaplan (1986) destaca alguns mitos que influem na sexualidade masculina: alguns homens transformam o sexo em obrigação como tantas outras que possuem na sua vida diária, ao invés de vê-lo como uma maneira através da qual duas pessoas se relacionam, e tratam de ter o maior prazer possível com a rigidez de seu pênis e orgasmos alcançados. Esta preocupação leva a altos graus de ansiedade que pode até bloquear a resposta sexual.

Um segundo mito refere que os homens têm aprendido que o sexo é de sua responsabilidade. Este mito provém de duas velhas idéias sobre a natureza da masculinidade: “ser homem significa ser líder e ativo” e “um verdadeiro homem necessita pouco ou nada de uma mulher, tanto em termos de informação como de estimulação” (Kaplan, 1986. p.36). Em contraposição com este mito o autor refere que a atividade sexual com uma companheira é por definição algo compartilhado com ela, e não é real que o homem deva fazer tudo sozinho. Há também o mito de que o homem sempre quer e está disposto a uma relação sexual, sendo permitido somente às mulheres o direito de não aceitar a relação. Diante disto não parece permitido que um homem queira somente um carinho, um abraço, sem que isto seja um caminho para uma relação sexual. Parece ligar-se a estes aspectos o mito de que sexo significa somente penetração, assim a ereção é a “estrela do show sexual” (p.40), caso não ocorra o homem não se sente bem. É difícil em nossa cultura conceber o sexo como algo relaxado, com interrupções, descanso, risos, enfim como algo agradável e menos ansiogênico.

Leitzmann et al. (2004) realizaram um estudo para examinar a associação entre a frequência da ejaculação e os possíveis riscos de subsequente câncer de próstata. Este estudo foi realizado através de questionários com 29342 homens no período de fevereiro de 1992 até janeiro de 2000 na Harvard School of Public Health. Os resultados sugerem que a frequência de ejaculação pode estar associada à diminuição da possibilidade de câncer de próstata; existem outras questões que devem ser pesquisadas tais como: idade, história familiar, doenças venéreas, fumo e alimentação. Por outro lado os pesquisadores envolvidos sugeriram como hipótese alternativa que a redução da ejaculação é um risco para o câncer de próstata pela retenção de secreções carcinogênicas. Outra hipótese implica na repressão da sexualidade num período em que houve muita liberação sexual.

Visando conhecer as influências do gênero no enfrentamento do tratamento do câncer, Gianini (2004) realizou um estudo e analisou o processo de enfrentamento de homens com câncer de próstata e mulheres com câncer de mama. Neste estudo obteve os seguintes resultados: os homens mostraram dificuldades em reconhecer e expressar seus sentimentos quanto ao diagnóstico, para muitos destes pacientes a saúde ainda é vista como “coisa feminina” (p.4). Muitos homens se sentiram isolados, impossibilitados de partilhar seus medos, exceto com pessoas que também estivessem fazendo os mesmos tratamentos; demonstraram maior dificuldade de lidar sozinhos com suas limitações físicas, de suportar a interrupção brusca de suas atividades, de perder o papel de provedor da família. O sofrimento emocional dos homens refere-se às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, cansaço, fadiga e a retirada dos testículos, responsável pela produção do hormônio masculino (testosterona), que inibe o crescimento do tumor, mas que também interfere na ejaculação. Nos homens, os tratamentos quase invariavelmente acarretam os conhecidos riscos da incontinência e da impotência que atingem a essência da masculinidade. Observa ainda o autor que nos processos sociais, os homens são cobrados para que assumam seus problemas de forma mais ativa, pois grandes manifestações emocionais poderiam impossibilitar suas ações.

### **3.3 Qualidade de vida**

Qualidade de vida envolve questões subjetivas. O que é valorado por uma pessoa pode não ser por outra, e isso está relacionado com a sua história de vida, características de personalidade e a situação atual. Quando falamos de qualidade de vida estamos diante de um termo difícil de ser operacionalizado, que envolve aspectos como a satisfação com a vida, além da diminuição do sofrimento e da dor, tanto física como psíquica, social e espiritual. Certamente não cabe ao profissional decidir o que é importante para cada paciente, pois é a própria pessoa que tem os melhores recursos para falar de sua história e suas necessidades. Pacientes com sintomas controlados retomam a sua dignidade como seres humanos, mesmo quando próximos à morte (Kovács, 1998).

Uma forma qualitativa de avaliação e mensuração de qualidade de vida é feita por intermédio da própria história do sujeito, a qual nos apontará quais os aspectos de sua vida que foram mais alterados pela doença, pelo seu avanço e pelos sintomas. Uma cuidadosa monitorização destes aspectos sem dúvida facilitará uma melhor atenção àquilo que o paciente considera como sofrimento. É pedido que o paciente fale de sua vida, desde que recebeu o diagnóstico, deixando que se expresse à vontade. É importante facilitar a comunicação das informações que os pacientes trazem no sentido de utilizar os próprios termos descritivos para acessar o que eles definem e dão significado em sua própria vida.

Estas questões funcionam como um fio condutor e nos interessa principalmente a maneira como o sujeito se expressa, podendo perceber a sua subjetividade ou forma de compreender a vida, e o que é importante neste estágio de sua vida, sendo portador de uma doença de prognóstico que pode ser ruim.

A qualidade de vida do paciente vai depender de suas esperanças, expectativas e a realidade que enfrenta, segundo Barros (1996). O autor referiu que as dimensões que integram o conceito são de difícil mensuração, e que um método confiável e consistente para medir qualidade de vida deveria basear-se em informações advindas dos próprios pacientes e não de seus médicos e enfermeiros. Nos casos oncológicos a medida da qualidade de vida demonstra diferenças de resposta dos pacientes frente a tipos específicos de câncer para avaliar o alívio dos sintomas e os benefícios da intervenção terapêutica. Assim, o autor validou uma escala que leve em consideração a qualidade de vida de uma forma global, (Anexo 1) que será utilizada neste trabalho.

Em seu trabalho com dois grupos diferentes de pacientes, Lepore (2003) observou comportamentos positivamente mais saudáveis em busca de qualidade de vida nos pacientes que receberam intervenção e discussão em grupo, diferentemente do grupo de pessoas que só receberam intervenção.

Johansson et al. (2004) realizaram um estudo que levantou um ponto interessante sobre o tratamento imediato, principalmente a remoção cirúrgica da próstata, indicando que a sobrevivência prolongada não é a única consideração, porque a qualidade de vida é uma edição importante. Outro estudo que destaca o impacto do tratamento na qualidade de vida do paciente é o estudo de Potosky et al. (1999), onde os autores apontam que devem ser avaliados os efeitos da cirurgia ou da radioterapia sobre as funções urinárias e sexuais.

Ellen Giarelli (2003) sugere em seu periódico que os serviços de enfermagem são necessários depois da hospitalização para auxiliar o paciente e os cuidadores mais próximos, principalmente a esposa, para lidar com os efeitos físicos e emocionais da cirurgia de próstata. Isto se deve porque as esposas também se encontram despreparadas, e este suporte facilita a adaptação do casal.

Pesquisas realizadas na Bahia e em São Paulo indicaram que o acompanhamento emocional auxiliou muitos pacientes a lidarem com o impacto do diagnóstico e a capacidade de reação diante do mesmo, ansiedades, depressão, desesperança e melhoraram sua qualidade de vida (Macedo Filho, 1998; Veit, Chwartzmann e Barros, 1998). Alguns trabalhos destacam os benefícios que os pacientes obtêm ao aprenderem a lidar com suas emoções e procurarem preservar qualidade em sua vida (Macedo Filho, 1998; Bispo, 1998; Veit, Chwartzmann e Barros, 1998; Campos, 1998). No que tange a fatores tensionantes, Chochinov (2001) refere que a psicoterapia tem demonstrado que auxilia na redução do estresse psicológico e dos sintomas depressivos, além de melhorar a qualidade de vida.

### **3.4 Portadores de câncer e condições psicológicas**

É recente o interesse pela investigação das relações existentes entre fatores emocionais e a incidência e evolução do câncer. Esta abordagem vêm fornecendo subsídios psicológicos para a prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo nas diferentes etapas de tratamento oncológico. Diante disto, o radioterapeuta americano Carl Simonton (1987) observou que pacientes com um mesmo diagnóstico e prognósticos médicos tinham evoluções diferentes, pois uns viviam mais do que outros. Percebeu que aqueles pacientes que evoluíram melhor tinham em comum o desejo de não querer morrer por ter, por exemplo, um projeto inacabado em andamento e que os prendia à vida. A observação de que pacientes com um mesmo diagnóstico e prognóstico médicos tinham evoluções diferentes, (uns vivendo mais, outros vivendo menos), levou o radioterapeuta americano Simonton ( in Carvalho, 1994) a se perguntar sobre o fato.

Pacientes que se mostraram deprimidos, com profunda apatia e com uma atitude de desistência diante da vida evoluíram pior. Entre estes, Carvalho (1994) refere que Simonton observou que alguns afirmavam querer viver, mas adotavam atitudes contraditórias em relação a esta afirmação, mantendo hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. Os pacientes que evoluíram melhor tinham como característica achar que de alguma forma podiam influenciar o curso de suas doenças. Adotavam uma atitude muito mais ativa em relação às suas vidas, em relação à doença e aos tratamentos médicos. Eram pessoas mais participativas e não viam o processo de cura como algo a que deveriam se submeter passivamente, mas como algo que podiam participar de forma ativa. O autor observou então que aspectos de personalidade e estados emocionais influenciavam sobre condições físicas e que era necessário considerar o indivíduo como um todo.

A doença é uma experiência e uma metáfora, uma mensagem que precisa ser ouvida e dissipada. (Rodrigues e Braga, 1998). Quando os pacientes se conectam com seus sentimentos, reconhecendo-os e aceitando-os, e quando percebem que podem lidar com emoções como o medo, podem desenvolver maior auto-confiança, quebrando o ciclo da depressão e desesperança, aumentando assim sua capacidade de lidar consigo diante das situações que enfrentam em sua vida.

Pensamentos e sentimentos não provocam e nem curam o câncer (LeShan, 1992), mas os sentimentos afetam a química do organismo (que afeta o desenvolvimento ou a regressão do tumor), assim como a química do corpo afeta os sentimentos, pois o estresse interfere. Enfim, todos os aspectos do ser humano interagem e se influenciam mutuamente. A escuta e a continência (holding) são imprescindíveis mesmo diante de um pedido para morrer (pela dor, abandono, etc).

Elisabeth Kubler-Ross em sua obra “Sobre a morte e o morrer” (1969) aponta cinco estágios pelos quais passa o doente desde o diagnóstico até a morte: 1) *Negação e isolamento*: como “Não pode ser comigo”; “não tenho nada”. 2) *Raiva*: quando a negação não é mais possível surgem sentimentos de raiva e revolta. “Por que eu?” Esta raiva pode estar relacionada à impotência e à falta de controle da própria vida. 3) *Barganha*: estratégia do paciente tentando certo acordo para adiar um desfecho inadiável. 4) *Depressão*: momento do contato efetivo com a doença e as suas perdas do corpo, das finanças, da família, do emprego, do lazer. Tirar o paciente do seu processo de enlutamento pode perturbar o seu processo, pois o procedimento mais adequado parece ser o de facilitar a sua expressão. 5) *Aceitação*: os pacientes que viveram a sua doença e receberam apoio nos estágios anteriores podem chegar a uma aceitação.

Embora nem todos os pacientes passem por todos os estágios até a aceitação nem os vivenciam sempre na ordem descrita, a autora apontou a importância de se perceber que os pacientes têm necessidades diferentes nos vários estágios da doença e que temos que aproximar os olhos e ouvidos do corpo de nosso paciente e não das máquinas.

Destacamos aqui que os membros da família, principalmente os cuidadores mais próximos ao receberem o diagnóstico de uma doença grave, passam pelos mesmos estágios que o paciente, e a forma de enfrentamento vai depender da estrutura de cada um e da relação entre eles. É freqüente surgir perda em vida, luto antecipado, ambivalência de sentimentos, impotência, culpa e tentativa de reparação.

O paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte, fica voltado para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa, que tem uma dupla finalidade: lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e estabelecer uma nova maneira de relacionamento com o meio e consigo mesmo (Moraes, 1994).

Em geral o primeiro mecanismo de defesa é a negação, que se neste momento procurar auxílio, a psicoterapia terá como meta auxiliá-lo a aceitar a realidade, e iniciar o tratamento propriamente dito. Inicialmente a negação pode ser uma crosta protetora, mas se persistir por longo período enfraquece o relacionamento e impede o paciente de assumir uma atitude mais responsável. Podem ocorrer mecanismos relacionados a uma postura onipotente, com atuações maníacas intercalados por momentos de depressão. O terapeuta pode propor-se a ajudar o paciente a perceber estas oscilações e vivenciar uma depressão profunda por se dar conta de seu estado, partindo depois para uma elaboração da situação, podendo propor-se a seguir com uma vida de qualidade. Afetivamente em geral os pacientes ficam mais sensíveis, permitem que suas emoções apareçam e se relacionam de maneira mais genuína com seus familiares. Ribeiro (1994) aponta ainda que nas sessões quando os ressentimentos são trabalhados podem causar alívio para o paciente. Muitos pacientes fazem uso da sublimação e outros quando a situação física permite passam a

ajudar voluntariamente outros pacientes ou a fazer uma prestação de serviço social, sentindo-se úteis para os outros, referem sensação de bem-estar e conforto.

Cada um de nós tem um universo muito rico, repleto de dor, alegria, esperança, tristeza, medo, orgulho, solidão, relacionamentos, isolamento, ódios, amores e tudo o mais que artistas, escritores e poetas nos dizem fazer parte da condição humana.

A ausência de uma saída para cargas emocionais intensificadas afeta o corpo da pessoa, segundo LeShan (1994). A perda de um relacionamento vital geralmente antecede o desenvolvimento de uma malignidade fatal. O paciente de câncer possui maior quantidade de emoções do que é capaz de expressar.

Mastrovito (in LeShan,1994), psiquiatra do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova York, estudou um grupo de mulheres com câncer e descobriu que essas pacientes possuíam um elevado grau de “autocontrole emocional, idealismo e senso de responsabilidade”. Estas características são tidas como virtudes, quando no contexto apropriado, mas até uma virtude pode ser levada a extremos. Se a responsabilidade e o autocontrole forem rigidamente mantidos, em detrimento da expressão de sentimentos verdadeiros, uma parte do eu é negada. Quando as tensões não são liberadas e a raiva é reprimida, podem tornar-se mais fortes. Sabemos que isso acontece no desenvolvimento de úlceras. Será que podemos negar a possibilidade de que isso também aconteça no desenvolvimento do câncer ? (Leshan, 1994)

Silvermar (in LeShan,1994), da Harvard Medical School, observa que quando a raiva, a tristeza ou a preocupação não encontram uma válvula de escape, acabam afetando o corpo, e se houver uma tendência latente para desenvolver um câncer, a incapacidade para expressar seus sentimentos irá atingir o corpo em algum ponto vulnerável.

LeShan (1994) diz que atualmente se torna cada vez mais claro que as explicações físicas –meio ambiente, infecções ou genética- não oferecem uma resposta global; um número cada vez maior de médicos e psicólogos busca informações adicionais com relação à influência do estresse, da personalidade, das emoções. Observou ainda que parecia haver uma correspondência geral entre o ritmo de desenvolvimento do câncer e o tempo transcorrido desde que o indivíduo perdera o senso de significado da vida, representado por um relacionamento vital.

A intervenção psicológica apresenta-se como um recurso que amplia os limites de ação no atendimento das necessidades que surgem em cada momento da trajetória do paciente: desde a situação de diagnóstico, passando por tratamentos que podem ou não resultar em cura, chegando às situações posteriores de adaptação do paciente ou da família às seqüelas concretas ou subjetivas com que se deparam. A família é um organismo essencialmente dinâmico em que a doença de um de seus membros altera seu funcionamento. A notícia de que um ente amado sofre de câncer pode produzir um grande impacto, por isso indica-se que além de focar a atenção na ajuda à pessoa doente, haja também a indicação de se atentar para os efeitos do trauma do diagnóstico sobre outros membros da família (Veit, Chwartzmann e Barros,1998).

A ênfase do trabalho em equipe multiprofissional com o paciente oncológico deve ser colocada no conforto, na dignidade e no auto-respeito do paciente, bem como propiciar a ele o direito de receber explicações a respeito de sua doença, participando ativamente das decisões quanto ao seu tratamento. Assim os pacientes não temerão o isolamento, o abandono e a rejeição, mas ficarão confiantes na honestidade e na habilidade dos profissionais, e com a certeza de que se algo puder ser realizado com eles, será em conjunto, respeitando as deliberações. Não podemos esquecer que o paciente tem uma percepção do que está acontecendo com ele e com as pessoas a sua volta. O que ele precisa é de pessoas que possam lhe dar afeto e apoio nestes momentos difíceis de sua vida.

A teoria psicanalítica, diz Ribeiro (1994), nos auxilia a fazer uma leitura da situação da história do paciente e da família e algumas intervenções interpretativas. A compreensão do momento como um todo e das emoções incluindo as do terapeuta são imprescindíveis. Os aspectos transferenciais e contratransferenciais deverão guiar nossas intervenções e nossa atuação. Os imprevistos são inúmeros como nas análises, e as interrupções podem se dar por morte. As fantasias de morte, por exemplo, podem estar presentes em várias pessoas e refletirem uma percepção da realidade.

Na sua dissertação Simkins (2002) destacou o efeito positivo dos grupos de discussão entre pacientes, como uma possibilidade de escoamento das angústias que o tratamento e as suas conseqüências mobilizam.

O psicólogo em sua atividade propõe-se a auxiliar o paciente e sua família quanto as suas angústias de negação ou evitação do diagnóstico; compartilhar o sofrimento ficando ao lado do paciente, algumas vezes até em silêncio, num momento que pode ser de desespero e confusão para que este possa enfrentar a sua realidade; possibilitar que o paciente se conecte com seus temores gradualmente, expressando suas fantasias através das palavras, para que possam ser trabalhadas; refletir junto ao paciente sobre a qualidade de suas relações com os outros e consigo próprio; auxiliar os pacientes a encontrarem recursos internos e a valorizarem aspectos que até então estavam despercebidos; trabalhar suas expectativas de recuperação e em relação ao seu futuro; auxiliar o paciente a participar ativamente de seu tratamento; auxiliar o paciente a encontrar atividades significativas em sua vida e adotar hábitos mais saudáveis; auxiliar pacientes e familiares a lidarem com os diversos sentimentos e emoções mobilizadas, principalmente a depressão; trabalhar o temor da morte, tendo em vista que embora possa ser inevitável, raramente encontra o doente ou a família preparados; e principalmente focar o trabalho com o paciente na preservação de qualidade de vida.

Nuzzo e Chiari (1987) escrevem um artigo que se baseia na literatura psicológica do câncer como uma tentativa de fazer um esboço para entender o processo de câncer através de uma interpretação particular em termos de culpa e papel das perdas na vida destas pessoas. Entendem a repressão e a negação como mecanismos atribuídos à hostilidade e constrição. A relação entre constrição e câncer é uma tentativa explicativa tendo como referência o sistema científico biológico (imunológico). Quanto à hipótese da perda relacionada à depressão, revisaram autores do século XVIII e XIX e encontraram a melancolia e a tristeza como antecedentes do câncer. Encontraram também pesquisas contemporâneas que enfatizaram o papel da depressão imediatamente após uma separação de uma pessoa significativa ou uma perda de objetivo de vida. Citam um estudo que descreve que o paciente oncológico tem um padrão centrífugo de relação familiar, onde a precoce individuação, o mútuo isolamento e a distância de uns membros de outros é a regra. Noutro estudo revisado referem personalidade específica e características defensivas nos pacientes oncológicos, cujas hipóteses são que os pacientes com câncer perderam a consciência de suas próprias necessidades ocultas e de seus desejos.

### **3.4.1 Depressão**

A depressão pode ser definida como um estado afetivo doloroso, desprazeroso, provocado às vezes pela perda de um objeto, frustração, fracasso, etc., segundo Valls (1995). Nas ocasiões em que está se realizando o trabalho de luto, qualquer objeto que recorde em algo o objeto perdido reativa a saudade deste. Se a saudade aumenta e a realidade mostra a impossibilidade de satisfação, produz-se a dor psíquica.

Kaplan e Sadock (1984) definem a depressão como a uma emoção humana normal, a um sintoma clínico e a um grupo de síndromes ou perturbações. O termo “depressão tem diferentes significados em vários campos científicos, tais como

neurofisiologia, farmacologia, psicologia e psiquiatria”(p.316). Para o psicólogo, depressão refere-se a qualquer decréscimo no desempenho cognitivo, perceptivo ou motor.

A depressão é uma das doenças mais comuns a que os seres humanos estão sujeitos. Paradoxalmente é, provavelmente, o sintoma mais freqüente negligenciado e, mesmo quando reconhecido, é provavelmente o sintoma isolado mais incorretamente tratado na prática clínica. Sentimentos de tristeza, desapontamento e frustração são acompanhamentos normais da condição humana, e o limite entre humor normal e depressões anormais permanece indefinido.

Os pacientes de câncer apresentam uma incidência de depressão maior do que a população geral, segundo Carvalho (2002). O autor adota como referência os critérios do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4ª Edição), mas com algumas adaptações. Os sintomas perda de peso, distúrbios de sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da habilidade de pensar ou de se concentrar perdem a especificidade nos pacientes de câncer, pois estes podem ser desencadeados por outras causas devido à doença e não à depressão. O autor coloca que nestes pacientes a perda de peso deve ser substituída pela presença de aspecto deprimido, a insônia pode ser substituída pela diminuição dos contatos sociais, a fadiga substituída por sentimentos de autopiedade ou pessimismo, e ainda a diminuição de concentração ou habilidade de pensar ser substituída por perda de reatividade e dificuldade de se animar. A dor é um elemento a ser considerado ao se fazer diagnóstico psiquiátrico, e é sempre recomendável que a dor seja removida antes de firmar este tipo de diagnóstico. Alguns pacientes podem apresentar quadro de depressão em função dos próprios tratamentos quimioterápicos ou com corticosteróides. Pacientes de câncer que apresentam depressões freqüentes tem maior possibilidade de terem tido episódios depressivos na juventude. Outro ponto destacado pelo autor quanto à instalação da depressão ou seu agravamento é a fragilidade de uma rede social de apoio, já que pessoas com estrutura psíquica frágil, em geral têm dificuldade em estabelecer uma rede de apoio significativa.

Alguns pacientes por não quererem ser um peso para a família, não partilham seus sentimentos, aumentando o isolamento e a depressão. Em geral os homens apresentam maior isolamento social do que as mulheres, além da preocupação com inabilidade para o trabalho.

A depressão também aparece quando o paciente recebe o diagnóstico, segundo Moraes (1994), pois alguns pacientes não conseguem aceitá-lo, e não conseguindo negar a doença, vêm-se obrigados a reconhecê-la, deprimindo-se diante dos acontecimentos. Pode aparecer no início da doença ou surgir após a cirurgia e outros tratamentos, exigindo a cada momento novas readaptações.

Chochinov (2001) refere que a depressão clínica é relativamente comum e freqüente em pacientes com câncer, mas é uma minoria que se torna clinicamente deprimido. Em seu artigo, o autor revisa informações básicas para auxiliar a identificar riscos de uma depressão maior, inclusive riscos de suicídio. O autor ainda aponta que tristeza é uma emoção normal e esperada nos pacientes de câncer, que aos poucos vão acomodando suas circunstâncias de saúde com o suporte familiar e dos amigos, e através das várias opções de tratamento podem reestabelecer algum senso de equilíbrio. Entretanto pacientes que experienciam depressão clínica ou uma síndrome depressiva experimentam uma variedade de sintomas físicos e psíquicos que enfraquecem as capacidades funcionais e ocupações sociais. Os fatores que aumentam o risco dos pacientes oncológicos desenvolverem depressão clínica são: história de depressão com dois ou mais episódios durante sua vida e pacientes que tem na família história de depressão ou suicídio.

Pacientes com dor severa são mais propensos à depressão do que pacientes com pouca dor, segundo Spiegel (1994). O autor aponta que a depressão pode ser uma

amplificação da experiência de dor, pois a dor afeta a qualidade de vida e diminui o senso de controle do paciente, tornando-o mais vulnerável e menos capaz de receber e beneficiar-se com o suporte familiar e dos amigos.

### **3.4.2 Ansiedade**

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional desagradável no qual existem sentimentos de perigo iminente, caracterizado por inquietação, tensão ou apreensão, segundo Kaplan e Sadock (1984). A causa é geralmente um conflito intrapsíquico inconsciente ou não reconhecido. A ansiedade está associada a um padrão característico de descarga do sistema nervoso autônomo, envolvendo índice de respiração alterado, marcha cardíaca aumentada, palidez, secura na boca, suor aumentado e distúrbios musculoesqueléticos, envolvendo tremor e sensações de fraqueza.

Hall, Lindzey & Campbell (2000) comentam que a dinâmica da personalidade é em grande extensão governada pela necessidade de gratificar as próprias necessidades por meio de transações com objetos no mundo externo. O ambiente provê o organismo faminto com alimento, e o sedento com água. Além de seu papel como fonte dos suprimentos, o mundo externo desempenha um outro papel importante como moldador do destino da personalidade. “O ambiente contém regiões de perigo e insegurança; ele pode ameaçar assim como satisfazer”(p.60). Sabe-se que sentir medo é uma reação costumeira do indivíduo à ameaça externa de dor e destruição com as quais não está preparado para lidar. A pessoa ao ser ameaçada, normalmente é uma pessoa envolvida pelo sentimento de medo. “Esmagado pela estimulação excessiva que não consegue controlar, o ego é inundado pela ansiedade”(p.60). Neste sentido os autores referem que quando a ansiedade é despertada, a pessoa é levada a fazer algo, como fugir da região ameaçadora, inibir o impulso perigoso ou obedecer à voz da consciência.

Naturalmente as ligações entre as emoções e as reações corporais são difíceis de ser estudadas pelos métodos científicos tradicionais, contudo os seres humanos sempre tiveram esta consciência. Já dizia Galeno, médico grego do século II, que o surgimento do câncer era atribuído a uma progressão da melancolia. Há um século, Sir James Paget (in LeShan, 1994) referiu que são tão freqüentes os casos em que a ansiedade profunda, a esperança adiada e o desapontamento são rapidamente seguidos pelo crescimento e aumento do tumor, que não podemos duvidar que a depressão mental seja um poderoso complemento para as outras influências que favorecem o desenvolvimento da formação cancerosa. Essas idéias foram esquecidas, pois os métodos físicos de tratamento progrediram rapidamente.

Chochinov (2001) refere que cada um de nós experiencia profundas emoções em resposta ao tratamento de uma doença como o câncer. As implicações e incertezas deste diagnóstico podem intensificar emoções. O choque ou descrença encontrada na descoberta do tumor fica associado com sintomas como ansiedade, tristeza, irritabilidade, perda do sono e distúrbios no apetite. Em geral os pacientes oncológicos expressam vários medos, que incluem medo da inabilidade, da perda prévia de posição ou função ocupada, dependência ou perda do controle e medo de perder a vontade de viver. Alguns pacientes preocupam-se que as coisas irão se tornar intoleráveis, que poderão ser abandonados pelos outros e temem antecipar o curso de sua morte. Entretanto depois de várias semanas muitos pacientes experienciam uma certa condição de resolução para enfrentar a doença.

### **3.4.3 Frustração**

De modo geral se entende que frustrar se refere ao sentimento causado pelo fracasso de não ter obtido a satisfação. No texto “Introducción del narcisismo”( 1914), Freud refere que a pessoa pode adoecer em função da frustração. E em seu trabalho “El

porvenir de una ilusión” (1927) o autor faz uma distinção entre frustração (como insatisfação), proibição (como ocorre a frustração), e privação (estado emocional). É inerente à condição humana.

Zimerman (2001) refere que o termo pode ter duas significações opostas em psicanálise, mas que são complementares. A primeira sob a forma de privação, que pode ocorrer, e que também é necessária para a estruturação do desenvolvimento. A segunda se refere à frustração repetitivamente inadequada, que é um fator fortemente desestruturante.

#### **3.4.4 Confiança**

Quando as situações de conforto e as pessoas responsáveis por tais confortos tornam-se familiares e identificáveis para o bebê, ele atinge um estado de aceitação de que essas pessoas podem ausentar-se por um momento, que caracteriza o que Erikson (1985) descreveu como confiança básica. Esta é uma realização social que o bebê vai adquirindo uma confiança interna, que com o passar do tempo leva-o a confiar em si mesmo (autoconfiança).

#### **3.4.5 Estresse**

Em o Novo Dicionário Aurélio (1986), encontramos que o termo estresse se refere ao conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase. Gimenes (1994) refere que o conceito de estresse surge na literatura oncológica para explicar diferenças individuais no aparecimento e desenvolvimento do câncer, pois há uma multiplicidade de situações estressantes que fazem parte do estilo de vida do indivíduo (sobrecarga física e emocional no dia-a-dia, perdas, hábitos alimentares, fumo, consumo de drogas, etc). Chochinov (2001) aponta que manifestações iniciais de respostas de estresse agudo podem ser esperadas no diagnóstico inicial ou mesmo durante o tratamento do paciente com câncer.

Amaral (1994) destaca que o estresse, o desamparo, traços de personalidade e o estilo de vida estariam levando a uma queda do sistema imunológico, fazendo com que este não consiga evitar o crescimento desordenado do câncer. A autora refere pesquisas citadas por Simonton que observa que níveis elevados de estresse emocional aumentam a suscetibilidade a doenças, pois o estresse pode vir a aumentar a produção de células anormais, quando o corpo se encontra menos capacitado a destruí-las.

Carvalho (2002) refere que o apoio social é um modulador do estresse e é importante no processo de ajuste psicológico.

Atualmente pesquisadores acreditam que as células cancerígenas estão quase que constantemente presentes em todos nós, mas que em circunstâncias normais, nosso sistema imunológico contra o câncer encontra e destrói essas células anormais, impedindo seu crescimento ou disseminação. A questão é saber quais são as circunstâncias anormais que podem impedir o sistema imunológico de realizar o seu trabalho. Qual o mecanismo físico do corpo que é suficientemente influenciado pelos fatores psicológicos, formando uma ligação entre as emoções e o colapso do sistema imunológico contra o câncer? As pesquisas atuais apontam para o sistema endócrino e os hormônios que ele produz. Sabemos que determinados hormônios afetam o crescimento e a disseminação do câncer. Também sabemos que fatores psicológicos, como situações de estresse, podem alterar o equilíbrio hormonal. LeShan (1994) refere que seus pacientes com câncer foram afetados por um padrão de estresse extraordinariamente consistente.

#### **4. PROBLEMA**

Como se apresentam as variáveis autoconfiança, depressão, ansiedade e a capacidade para enfrentar situações tensionantes na vida, em pacientes portadores de câncer da próstata?

#### **5. HIPÓTESES DE PESQUISA**

Objetivando responder ao problema formulado, efetuaremos um estudo comparativo entre homens portadores de câncer prostático (CP) e homens sem esta disfunção, formulando as seguintes hipóteses de trabalho:

H0 Homens portadores de CP se assemelham aos homens sem esta disfunção quanto aos indicativos de autoconfiança.

H1 Homens portadores de CP apresentam indicativos de autoconfiança diminuída em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H02 Homens portadores de CP se assemelham aos homens sem esta disfunção quanto aos indicativos de depressão.

H2 Homens portadores de CP apresentam indicativos de depressão em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H03 Homens portadores de CP se assemelham aos homens sem esta disfunção quanto aos indicativos de ansiedade.

H3 Homens portadores de CP apresentam indicativos de ansiedade em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H04 Homens portadores de CP se assemelham aos homens sem esta disfunção quanto aos indicativos de baixa capacidade para enfrentar situações tensionantes.

H4 Homens portadores de CP apresentam indicativos de baixa capacidade para enfrentar situações tensionantes em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

#### **6. MÉTODO**

##### **6.1 Delineamento da Pesquisa**

Essa pesquisa trata de um estudo quantitativo comparativo quanto à qualidade de vida de pacientes portadores de câncer de próstata considerando os recursos (condições internas) e pacientes sem este diagnóstico.

##### **6.2 População**

A população a ser estudada constitui-se de pacientes portadores de câncer de próstata que estejam em atendimento num hospital-escola de Porto Alegre.

##### **6.3 Amostra**

Na fase de preparação do projeto, foi feito um levantamento no local da futura realização da pesquisa quanto ao número de pacientes com câncer de próstata, em atendimento ambulatorial nos meses de março a setembro no período de 1992 a 2001. É que o período previsto para a execução da pesquisa será de março a setembro de 2005. Foram consultados o relatório de Azevedo, Motta e Osanai correspondente ao período 1992 até 1996, e o levantamento de 1997 a 2001 está sendo feito sob a coordenação de Alice Medeiros Zelmanowicz. O número de pacientes portadores de câncer de próstata que

procuraram o ambulatório do hospital-escola em Porto Alegre, neste período foi de 1972 casos. O ano em que houve maior procura foi o de 2001, com um total de 340 pacientes que procuraram atendimento. O Setor hospitalar não teve condições de informar os dados precisos quanto à procura nos anos de 2002 e 2003.

A pesquisa será executada de março a setembro de 2005. A estimativa é que de março a setembro de 2005 (7 meses) haja uma demanda de 198 pacientes. Partindo desta estimativa, serão avaliados 15% - percentual que consideramos razoável - da população, 198 portadores de câncer de próstata, que vierem a procurar o ambulatório no período de março a setembro de 2005. Não foi possível contar com os dados da procura durante os anos de 2002 e 2003. Razão pela qual foi feita a opção de tomar como referência para a estimativa, o número de 198 paciente com câncer de próstata nos meses de março a setembro de 2001.

A amostra se constituirá, portanto, de dois grupos de sujeitos:

Grupo 1 com 30 homens portadores de câncer de próstata, idade de 40 a 80 anos, sem outra moléstia orgânica ou psíquica e

Grupo 2 constituído de 30 homens sem o diagnóstico de câncer de próstata e outra moléstia orgânica ou psíquica.

O pareamento entre os sujeitos do grupo 2 com o grupo 1 se fará por faixa etária, estado civil e condições sócio-econômicas.

## 6.4 Instrumentos

**6.4.1 Técnica de Rorschach.** O psicodiagnóstico de Rorschach foi elaborado por Hermann Rorschach em 1918 na Suíça. É uma técnica de avaliação projetiva construída para identificar a estrutura da personalidade da pessoa e o funcionamento de seus psicodinamismos. O sistema de classificação adotado neste estudo foi o de Bruno Klopfer, com adaptação de Vaz (1997). A técnica consiste em interpretar formas fortuitas (Rorschach, 1978). Nesta técnica é possível avaliar como são organizadas e estruturadas as percepções projetivas do sujeito diante de estímulos, as manchas de tinta. Este instrumento procura avaliar, no sentido geral, alguns aspectos dinâmicos e a estrutura da personalidade, entre os quais: as condições afetivo-emocionais, o controle geral, a natureza e liberação dos impulsos emocionais, a capacidade de relacionamento interpessoal, a maneira de a pessoa conviver com seus conflitos, suas frustrações e sua ansiedade, sua autoconfiança e sentimentos depressivos (Vaz, 1997).

A interpretação dos dados do Rorschach é realizada a partir das respostas que são classificadas em localizações, determinantes, conteúdos e fenômenos especiais. Os determinantes são a expressão do modo como o examinando estabelece a relação entre o mundo externo e seu mundo interno. As localizações dizem respeito ao modo como a pessoa percebe racionalmente a realidade. Os conteúdos sofrem maior influência do meio em que o sujeito está inserido. Os fenômenos especiais e seu significado simbólico, nos cartões possuem uma avaliação qualitativa, que podem ser integrados aos dados quantitativos.

Eis as variáveis do Rorschach e sua freqüência que serão utilizadas para o estudo comparativo entre os dois grupos (Hipóteses alternativas 1, 2, 3 e 4) de sujeitos são as seguintes:

- a) O determinante Cor Acromática (FC', C'F, C') como indicador de depressão;
- b) O aumento do tempo de reação no cartão V como indicativo de baixa autoconfiança;
- c) A freqüência de espaço em branco (S), Determinantes sombreado radiológico (Fk, kF, k) e Sombreado perspectiva e profundidade (FK, KF, K) para avaliar a ansiedade e capacidade para enfrentar situações tensionantes.

**6.4.2 Escala QV - Qualidade de Vida.** Será utilizada a escala de Ferrel, Wisdom e Wiezl (1989) traduzida, adaptada para a língua portuguesa e validada por Barros (1996), com o nome *Escala QV*. A escala é constituída de 23 questões com quatro opções de resposta e 2 questões adicionais com cinco opções de resposta. Apresenta itens relacionados a aspectos físicos, psicológicos e sociais e um (1) especificamente relacionado à crença religiosa.

## 6.5 Procedimento

O estudo será realizado em um Hospital de Câncer de Porto Alegre, onde já foi feito contato com a equipe responsável pelos setores de oncologia e pesquisa. O Projeto de Pesquisa também foi encaminhado à Comissão Científica e de Ética em Pesquisa da ISCMPA, procedimento indispensável para a realização do trabalho.

Depois da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa e adotadas as normas legais, será agendado junto ao ambulatório, dias e horários em sala disponível para se proceder a avaliação dos sujeitos.

a) *Procedimento com os portadores de câncer na próstata, Grupo 1.* Será encaminhada uma carta convite pessoal a todos os sujeitos portadores de câncer de próstata, que estejam em atendimento médico na instituição, para participar de um trabalho de pesquisa. No primeiro contato individual, após o sujeito ter recebido a carta-convite, ser-lhe-ão explicados os objetivos da pesquisa, assim como também serão solicitadas sua permissão, concordância e colaboração na pesquisa. Cada sujeito terá plena liberdade para aceitar ou não participar da pesquisa. Será explicado também ao sujeito que após os contatos individuais com todos os que receberam a carta convite serão sorteados aleatoriamente 30 dentre todos os que compareceram e aceitaram participar do trabalho, sujeitos

Após a escolha dos 30 sujeitos serão combinados dia e horário da avaliação, que será realizada individualmente nas dependências do hospital. Será aplicado primeiramente o Rorschach e logo depois o questionário pela própria pesquisadora

b) *Procedimento com os não portadores de câncer de próstata, Grupo 2.* Serão contatados homens sem câncer da próstata, para pareamento com o Grupo 1 quanto a: idade - de 40 a 80 anos, estado civil - casados, condições sócio-econômicas, bairro (de preferência morando no mesmo bairro). Os contatos preliminares serão feitos por telefone. Cada sujeito terá plena liberdade para aceitar ou não participar da pesquisa. Após a escolha dos 30 sujeitos serão combinados dia e horário da avaliação, a ser realizada individualmente. Será aplicado primeiramente o Rorschach e logo depois o questionário de QV pela própria pesquisadora.

c) Critério para exclusão de sujeitos para pesquisa: pacientes portadores de outra(s) moléstia(s) orgânica(s) ou psíquica(s).

## 7. PLANO DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Será feito estudo comparativo sobre os dados do Rorschach entre os dois grupos de sujeitos da pesquisa, Grupo 1 – de sujeitos com câncer de próstata, Grupo 2 – de sujeitos sem este diagnóstico. As variáveis do Rorschach, objetos do estudo comparativo, são respostas de cor acromática (FC', C'F, C') no que tange à depressão; aumento do tempo de reação no cartão V quanto à autoconfiança; frequência de espaço branco (S), sombreado radiológico (Fk, kF, k), sombreado perspectiva e profundidade (FK, KF, K) no que diz

respeito à ansiedade e capacidade para enfrentar situações tensionantes. Para este estudo fica prevista a Análise de Variância com nível de significância, para aceitação, de  $\leq .05$ .

Será feito estudo de correlação (Pearson) entre os itens da Escala QV com os dados do Rorschach que indicam autoconfiança, depressão, ansiedade e capacidade para suportar situações tensionantes. O nível de significância escolhido é também  $\leq .05$ .

## 8. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	MÊS/ANO																								
	2004								2005								2006								
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M		
<i>Revisão de Literatura</i>	■	■	■	■	■	■	■	■																	
<i>Redação do projeto</i>	■	■	■	■	■	■	■																		
<i>Revisão e Entrega do Projeto</i>							■																		
<i>Avaliação do Comitê de Ética</i>							■	■																	
<i>Contato com os Locais de aplicação</i>							■	■																	
<i>Aplicação no Hospital</i>										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
<i>Processamento dos dados</i>															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<i>Análise dos dados</i>																								■	■
<i>Redação final</i>																								■	■
<i>Entrega da dissertação</i>																									■
<i>Defesa</i>																									■

## 9. ORÇAMENTO

<b>Material Permanente</b>	<b>Unidades</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
<i>Cartões da Técnica de Rorschach</i>	1	R\$ 380,00	R\$ 380,00
<i>Cronômetro</i>	1	R\$ 80,00	R\$ 80,00
<i>Despesa com a compra de Livros</i>	20	R\$ 40,00	R\$ 800,00
<i>Computador Pentium IV 2.4 GHz</i>	1	R\$ 2700,00	R\$ 2700,00
<i>Impressora Cannon Bublejet</i>	1	R\$ 240,00	R\$ 240,00
<b>Total de Material Permanente</b>			<b>R\$ 4200,00</b>

<b>Material de Consumo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Preço Unitário</b>	<b>Preço Total</b>
<i>Folhas de Papel A4</i>	1500	R\$ 0,02	R\$ 30,00
<i>Folhas de Papel Almaço</i>	60	R\$ 0,06	R\$ 3,60
<i>Protocolos da Técnica de Rorschach</i>	40	R\$ 1,00	R\$ 40,00
<i>-Cartucho de Impressora</i>	4	R\$ 50,00	R\$ 200,00
<i>Disquetes</i>	10	R\$ 1,00	R\$ 10,00
<i>Canetas</i>	10	R\$ 0,50	R\$ 5,00
<i>Borrachas</i>	5	R\$ 0,20	R\$ 1,00
<i>Lápis</i>	10	R\$ 0,25	R\$ 2,50
<i>Copias Xerox folha A4</i>	3000	R\$ 0,15	R\$ 450,00
<i>Despesas de transporte</i>	3000 de gasolina	R\$ 1,90	R\$ 570,00
<b>Total do Material de Consumo</b>			<b>R\$ 1312,1</b>
<b>Total do Orçamento</b>			<b>R\$ 5512,1</b>

**As despesas com a realização da pesquisa serão por conta da pesquisadora.**

## REFERÊNCIAS

- Amaral, M. T. C. (1994). Vivenciando o câncer com arte. In Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- Azevedo, S. J.; Motta, N. W. & Osanai, M. H. Relatório: Registro Hospitalar de Câncer de 1992 a 1996 do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar da Santa Casa.
- Barros, N. (1996). Desenvolvimento e Validação de Escala para avaliar \Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina.
- Bock, L. (2004). Chance para a vida. In Revista Isto É. Cajamar, São Paulo. Editora Três Ltda.
- Bokhour, B.; Clark, J.; Inui, T.; Silliman, R.; Talcott, J. (2002). Sexuality after treatment for early prostate câncer: Exploring the meanings of “erectile dysfunction”. In Journal of General Internal Medicine. Oct; Vol 16 (10).
- Campos, E. M. P. (1998). História de um serviço. In Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus.
- Carvalho, V. (1994). Programa Simonton: uma experiência no Brasil In Introdução a Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- Carvalho, V. (2002). Depressão e Câncer: Depressão em Pacientes Terminais. Trabalho publicado nos Anais do VII Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, Recife.
- Chochinov, H. M. (2001). Depression in câncer patients. The Lancet Oncology. Vol 2.
- Deutsch, N. (2004). Patient info on prostate câncer found to minimize treatment risks. In Medical Post. Toronto: Jun 1. Vol. 40, Iss. 22; p. 5.
- Eisenberger, M. & Partin, A. (2004). Progress toward Identifying Aggressive Prostate Câncer. In The New England Journal of Medicine. Boston: jul 8, 2004. Vol351, Num.2; p.180.
- Erikson, E. H. (1985). The life cycle completed. Nova York: Norton.
- Ferrel B. R.; Wisdom C. & Wieszl C. (1989). Quality of Life as na Outcome Variable in the Management of Câncer Pain. Cancer, Philadelphia, 63: 2321-2327.
- Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicologia. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. I, Buenos Aires.
- Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. II, Buenos Aires.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XIV, Buenos Aires
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XVIII, Buenos Aires.
- Freud, S. (1927). El porvenir de uma ilusão. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XXI, Buenos Aires.
- Freud, S. (1933 [1932]). 33ª conferencia: La feminidad. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XXII, Buenos Aires.

- Gianini, M. M. S. (2004). Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença. Trabalho publicado no Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO). Ano 1, edição 4.
- Giarelli, E. (2003). Caring for a spouse after prostate surgery: The preparedness needs of wives. Journal of Family Nursing Thousand Oaks. Vol. 9, Iss. 4.
- Gimenes, M. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- Hall, C.; Lindzey, G. & Campbell, J. ((2000). Teorias da Personalidade. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Holanda Ferreira, A. B. de (1986) Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa. Disponível no [site www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa).
- Johansson, Jan-Erik; Andren, O.; Andersson, S. O.; Dickman, P. Et al (2004). Natural History of Early, Localized Prostate Cancer. Jama. Chicago. Vol.291, Num 22, p. 2713.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1984). Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, M. & Sapetti, A. (1986). La Sexualidad Masculina. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Kovács, M. J. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus.
- Küber-Ross, E. (1994). Sobre a morte e o morrer. (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Leitzmann, M.; Platz, E.; Stampfer, M.; Willett, W. & Giovannucci, E. (2004). Ejaculation Frequency and Subsequent Risk of Prostate Câncer. Jama Chicago. Vol. 291, Iss. 13; p. 1578.
- Lepore, S.; Helgeson, V.; Eton, D. & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate câncer: A randomized controlled trial of group education interventions. Health-Psychology. Vol 22 (5).
- LeShan, L. (1992). O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer , seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus,
- LeShan, L.(1994}. Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer. São Paulo: Summus,
- Lintz, K.; Moynihan, C.; Steginga, S.; Norman, A.; Eeles, Ros; Huddart, R.; Dearnaley, D. & Watson, M. (2004). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. Psycho-Oncology. Vol 12 (8).
- Macedo Filho, E. & Bispo, E. (1998). Serviços Particulares de Atendimento ao Paciente Oncológico. In: Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus.
- Masters, W. & Johnson, V. (1979). A Incompetência Sexual : suas causas seu tratamento. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A .
- Moraes, M. C. (1994). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- National Comprehensive Câncer Network –NCCN (2001) <http://www.nccn.org/patient-gls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp>, *site* acessado em 17/10/2004 às 22h30.

- Nuzzo, M. L. & Chiari, G. (1987). The Personal Construction of Câncer: a Constructivist Framework for Exploring Malignancies. Trabalho apresentado no Seventh International Congress on Personal Construct Psychology, Memphis, TN.
- Organização Mundial da Saúde (1990). Câncer pain relief, Genebra.
- Perez, M. A. (2001). Prostate câncer patients and their partners: Effectiveness of a brief communication enhancement intervention prior to undergoing radical prostatectomy. Dissertation; Vol 62 (6-B): 2963
- Pinheiro, G. S. (2003). Análise do Diagnóstico e Estadiamento do Câncer de Próstata no Estado do Piauí. Trabalho apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Cancerologia.
- Potosky, A.; Harlan, L.; Stanford, J.; Gilliland, F. et al. (1999). Prostate câncer practice patterns and quality of life: the Prostate Câncer Outcomes Study. Journal of the National Câncer Institute. Vol. 91, nº 20.
- Ribeiro, E. M. (1994). O paciente terminal e a família. In Introdução à Psicooncologia. São Paulo: Livro Pleno.
- Rodrigues, J. & Braga, E. (1998). Cuidando do cuidador. In Psico-oncologia no Brasil: resgatando o Viver. São Paulo: Summus.
- Rorschach, H. (1978). Psicodiagnóstico. Tradução do original alemão da 8ª ed. não modificada, por Marie Sophie de Villemor Amaral. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou.
- Rosenblatt, C. (2002). Highlights em Câncer de Próstata. In Urologia de A a Z. Ano 3, nº 1. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda
- Sadi, M. V. & Wroclawski, E. R. (2003). Atualização em câncer da próstata. In Âmbito Hospitalar- Revista científica para profissionais da saúde. Ano XIV, nº 162.
- Sarkis, A. (2003). Câncer de Próstata. In Revista Essencial – ciência- cuidado-suporte. Zeppelini Editorial Ltda, São Paulo. Ano I, nº 00.
- Simkins, B. C. (2002). A phenomenological study of the psychological impact of prostate cancer. Dissertation; Vol. 63 (5-B).
- Spiegel, D.; Sands, S. & Koopman, C. (1994). Pain and depression in patients with cancer. Cancer; 74: 2570.
- Thornton, A. (2002). Psychosocial adjustment and benefit-finding in prostate cancer patients and their partners. Dissertation; Vol 63 (2-B) : 1052.
- Thornton, A.; Perez, M. & Meyerowitz (2004) Patient and partner quality of life and psychosocial adjustment following radical prostatectomy. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Vol. 11 (1): 15-30.
- Valls, J. L. (1995). Diccionario Freudiano. Madrid (Espanha): Julián Yébenes, S.A.
- Vaz, C. E. (1997). O Rorschach: Teoria e Desempenho, 3ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Veit, M., Chwartzmann, F. & Barros, M. (1998). O Serviço de Psico-Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. In Psico-oncologia no Brasil: resgatando o Viver. São Paulo: Summus.
- Zelmanowicz, A. M. Relatório: Coordenadora do Levantamento do Registro Hospitalar de Câncer de 1997 até 2001 do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar da Santa Casa.
- Zimerman, D. E. (2001). Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: ArtMed Editora.

**ANEXOS****Anexo 1. Escala QV (Barros 1996) -Escala sobre Qualidade de Vida**

Data:

Religião:

Nº:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Estado Civil:

Renda Familiar:

Escolaridade:

Estamos interessados em saber algo sobre você e sua saúde. Para cada pergunta assinale apenas uma resposta que sirva para o seu caso. Haverá sigilo de nossa parte. Obrigado por responder.

1) Você tem dificuldade de se acostumar com sua doença?

- ) muita dificuldade
- ) média dificuldade
- ) pouca dificuldade
- ) nenhuma dificuldade

2) A doença atrapalha a sua vida?

- ) atrapalha muitíssimo
- ) atrapalha muito
- ) atrapalha um pouco
- ) não atrapalha

3) Você está preocupado com sua doença?

- ) estou muito preocupado
- ) estou preocupado
- ) estou um pouco preocupado
- ) não estou preocupado

4) Você está satisfeito com sua vida?

- ) nunca estive satisfeito com minha vida
- ) estou nada satisfeito
- ) estou pouco satisfeito
- ) estou satisfeito
- ) estou muito satisfeito

5) Você sente dor?

- ) sinto dor insuportável
- ) sinto muita dor
- ) sinto pouca dor
- ) não sinto dor

6) Você tem enjôo?

- ) tenho enjôo sempre
- ) tenho enjôo quase sempre
- ) tenho enjôo às vezes
- ) nunca tenho enjôo

7) Você tem vômitos?

- ) tenho vômitos sempre
- ) tenho vômitos quase sempre
- ) tenho vômitos às vezes
- ) não tenho vômitos

8) Seu intestino funciona bem?

- ) meu intestino funciona muito mal
- ) meu intestino funciona mal
- ) meu intestino funciona mais ou menos
- ) meu intestino funciona muito bem

9) Como está o seu paladar? (gosto pela comida)

- ) meu paladar está muito ruim
- ) meu paladar está mais ou menos
- ) meu paladar está bom
- ) meu paladar está ótimo

10) Você tem apetite?

- ) não tenho apetite
- ) tenho pouco apetite
- ) tenho apetite normal
- ) tenho muito apetite

11) Você se cansa facilmente?

- ) me canso sempre
- ) me canso seguido
- ) me canso às vezes
- ) nunca me canso

12) Você está preocupado com coisas que deixou de fazer (na família, no trabalho, em casa)?

- ) estou muito preocupado
- ) estou um pouco preocupado
- ) às vezes me preocupo

não estou preocupado

13) Você continua a fazer as coisas que gosta?

- nunca mais fiz as coisas que gosto
- às vezes faço as coisas que gosto
- continuo fazendo as coisas que gosto
- faço mais seguido que antes as coisas que gosto

14) Você tem dificuldade de se acostumar ao tratamento?

- muita dificuldade
- média dificuldade
- pouca dificuldade
- nenhuma dificuldade

15) O tratamento atrapalha sua vida?

- atrapalha muitíssimo
- atrapalha muito
- atrapalha um pouco
- não atrapalha

16) Você se sente útil? (com serventia)

- me sinto nada útil
- me sinto um pouco útil
- me sinto útil
- me sinto muito útil

17) Você está satisfeito com sua aparência?

- nunca estive satisfeito
- não estou satisfeito com minha aparência
- estou mais ou menos satisfeito com minha aparência
- estou satisfeito com minha aparência

18) Após a doença, como ficou o seu sono?

- meu sono está muito ruim
- meu sono está ruim
- meu sono está mais ou menos
- meu sono está bom

19) Quanta atenção você recebe?

- não recebo atenção
- recebo pouca atenção
- recebo atenção normal
- recebo muita atenção

20) Após a doença, como ficou sua atividade sexual?

- não tenho atividade sexual
- tenho interesse, mas não tenho atividade sexual
- tenho pouca atividade sexual
- minha atividade sexual está normal
- minha atividade sexual aumentou

21) Você é capaz de realizar suas tarefas pessoais (higiene, vestir-se)?

- não sou capaz de realizar minhas tarefas
- sou capaz de realizar algumas tarefas
- sou capaz de realizar quase todas minhas tarefas
- sou capaz de realizar todas minhas tarefas

22) Sua força física está:

- muito diminuída
- pouco diminuída
- está normal
- estou mais forte

23) Você está preocupado com os gastos com seu tratamento?

- estou muito preocupado
- estou preocupado
- estou um pouco preocupado
- não estou preocupado

24) Quanto carinho você recebe?

- não recebo carinho
- recebo pouco carinho
- recebo carinho normal
- recebo muito carinho

25) Após a doença, como ficou sua crença religiosa?

- nunca tive crença
- tenho pouca crença
- minha crença está normal
- minha crença aumentou

**Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante:

Sou estudante do curso de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do professor Cícero E. Vaz, cujo objetivo é efetuar um estudo sobre a qualidade de vida e as condições internas que os pacientes portadores de câncer de próstata mobilizam para enfrentar a depressão e o estresse.

Sua participação envolve: uma entrevista breve; um questionário sobre qualidade de vida; um teste psicológico (Rorschach) que não trata nem de acertos nem de erros, contendo figuras sobre que você irá falar livremente; a duração total é de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora fone (51) 32226269 ou pelo seu orientador Dr. Cícero E. Vaz, fone 3320 3633 ramal 220.

Atenciosamente,

Ana Cristina Azambuja Tofani  
Matrícula: 04190521-7

Dr. Cícero E. Vaz  
Professor Supervisor/Orientador

Local e data:

**Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.**

---

Nome e assinatura do participante

---

Local e data

## **ARTIGOS RESULTANTES DA PESQUISA**

## **I. ARTIGO TEÓRICO: CÂNCER DE PRÓSTATA, SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E FRACASSO ANTE OS CARTÕES IV E VI DO RORSCHACH**

**Ana C. A. Tofani**

Mestranda em Psicologia e Membro Aspirante Graduada da SPPA  
Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre

**Cícero E. Vaz**

Professor Titular da Faculdade de Psicologia  
Pesquisador de Produtividade em Pesquisa do CNPq

### **SINOPSE**

#### **Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracasso ante os cartões IV e VI do Rorschach**

Este artigo apresenta um estudo sobre sentimentos de impotência e fracasso com base em dados empíricos extraídos dos cartões IV e VI da técnica de Rorschach, aplicado em 25 pacientes com câncer de próstata, em atendimento ambulatorial, num hospital de câncer. O Rorschach foi aplicado nas dependências do próprio hospital, após consentimento livre e esclarecido dos pacientes e aprovação do Comitê de Ética do estabelecimento hospitalar. Os resultados permitem concluir que, por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, a depressão e o sentimento de impotência estão presentes em todos os pacientes, mesmo naqueles em que a enfermidade possa ser temporária.

**Palavras-chave:** Rorschach; câncer de próstata; sexualidade; depressão.

### **ABSTRACT**

#### **Prostate Cancer, feelings of impotence and failure before cards IV and V of Rorschach technique**

A study on the feelings of impotence and failure, based on empirical data extracted from cards IV and V of the Rorschach technique, was carried out with 25 prostate cancer patients in a specialized cancer hospital. Rorschach was applied inside the hospital after both the patients' free and conscious consent and the approval of the hospital's Ethics Committee. The results allowed us to conclude that depression and impotence are feelings that are present in all patients, even in those whose impotence may be temporary, since the prostate is an organ that affects sexual male sensibility.

**Key Words:** Rorschach; prostate cancer; sexuality; depression.

### **SIPNOSIS**

#### **Cancer de apróstata, sentimiento de impotencia y fracaso frente a las tarjetas IV y VI del Rorschach**

Un estudio ha sido hecho sobre sentimientos de impotencia y fracaso basado en datos empíricos extraídos de las tarjetas IV y VI de la técnica de Rorschach, aplicada en 25 pacientes con cancer de apróstata atendidos en policlinica de un hospital de cancer. El Rorschach fue aplicado en el propio hospital luego de libre y claro consentimiento de los

pacientes y aprobación del Comité de Ética del hospital. Los resultados permiten concluir que, por tratarse de un órgano que afecta la sensibilidad sexual masculina, la depresión y el sentimiento de impotencia están presentes en todos los pacientes, hasta en los que la impotencia puede ser temporaria.

*Palabras clave:* Rorschach; cancer de apróstata; sexualidad; depresión.

## **CÂNCER DE PRÓSTATA**

O câncer surge quando as células de alguma parte do corpo começam a crescer sem controle e, usualmente, assumem forma de tumor. Segundo a National Comprehensive Cancer Network, os tipos de câncer podem comportar-se de maneiras diferentes e respondem a distintos tratamentos (NCCN, 2001).

No Brasil, de acordo com o INCA (2004), o câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino. No passado, muitos destes casos eram diagnosticados tardiamente e, por isso, os pacientes morriam em pouco tempo.

A próstata é uma glândula exclusiva dos homens, situada logo abaixo da bexiga, de aparência e volume muito semelhante a uma castanha. É responsável pela produção de boa parte do líquido seminal. Com o envelhecimento, essa glândula está sujeita a duas condições: aumento benigno (HPB – hiperplasia prostática benigna) e câncer de próstata. Este, em muitos países, corresponde à segunda causa de morte. Gomes (2003) destaca que, além da idade, devem ser considerados os fatores genéticos, raciais e de alimentação.

## **DIAGNÓSTICO E DEPRESSÃO**

O diagnóstico de câncer da próstata pode ser feito a partir de dois exames básicos: (1) o toque retal, para avaliar o volume da glândula e a presença de nódulos suspeitos, e (2) o PSA (Prostatic Specific Antigen). Os temores mais freqüentes em pacientes com este diagnóstico relacionam-se com a disseminação da doença e com as mudanças na sensibilidade sexual (Lintz et al., 2004). Os assuntos relacionados com a sexualidade preocupam muito aos pacientes que sofrem de câncer de próstata e, segundo a NCCN (2001), algumas sugestões podem ajudar os homens a enfrentar este momento e a buscar apoio em outras pessoas.

O tratamento do câncer de próstata afeta a masculinidade e contribui para que muitos homens se tornem impotentes, mas, segundo Simkins (2002), os sobreviventes valorizam a qualidade de vida possível como conseqüência deste tratamento. Bokhour et

al. (2002) aponta modificações na qualidade de intimidade sexual, na interação com as mulheres, nas fantasias e na percepção de sua masculinidade.

Os pacientes com câncer apresentam uma incidência de depressão maior que a apresentada pela população geral (Carvalho, 2002). O autor em destaque adota como referência os critérios do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 4. ed.), mas com algumas adaptações. Os sintomas aqui representados por perda de peso, distúrbios de sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da habilidade de pensar ou de se concentrar perdem a especificidade nos pacientes com câncer, pois podem ser desencadeados por outras causas devido à doença e não pela depressão. O autor comenta que, nestes pacientes, a perda de peso deve ser substituída pela presença de aspecto deprimido; a insônia pode ser substituída pela diminuição dos contatos sociais; a fadiga, substituída por sentimentos de autopiedade ou pessimismo, e ainda, a diminuição de concentração ou habilidade de pensar, por perda de reatividade e dificuldade de se animar.

A dor é um elemento a ser considerado ao se fazer diagnóstico psiquiátrico, e é sempre recomendável que ela seja removida antes de firmar este tipo de diagnóstico. Alguns pacientes podem apresentar quadro de depressão em função dos próprios tratamentos quimioterápicos ou com corticosteróides. Pacientes com câncer que apresentam depressões frequentes têm maior possibilidade de ter tido episódios depressivos na juventude. Outro ponto destacado pelo autor correspondente à instalação da depressão ou de seu agravamento é a fragilidade de uma rede social de apoio, já que pessoas com estrutura psíquica frágil, em geral, têm dificuldade em estabelecer uma rede de apoio significativa.

A informação ao paciente de que ele é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. O diagnóstico da doença é frequentemente acompanhado de depressão, traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Como não consegue negá-la, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se no início da doença, ou durante o tratamento (Moraes, 1994). As implicações e incertezas deste diagnóstico, em geral, intensificam emoções, e o choque ou descrença encontrada na descoberta do tumor, segundo Chochinov (2001), estão associados a sintomas de ansiedade, tristeza e irritabilidade.

## SEXUALIDADE PODER E PSIQUISMO

Em *Proyecto de psicologia*, de 1895, Freud já afirmava que a tendência humana é a busca do prazer e a evitação do desprazer. Nos *Três ensayos de teoria sexual* (1905), afirmou que a pulsão representa o conceito de algo que é limite entre o somático e o psíquico, sendo que a parte psíquica foi denominada libido. Em *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), Freud aponta que toda pulsão solicita a existência de quatro fatores: *fonte* (necessidades pessoais e de sobrevivência); *força* (quantidade de excitação que tende à descarga); *finalidade* (descarga de excitação para conseguir o retorno a um estado de equilíbrio psíquico, segundo o princípio da constância) e *objeto* (o que é capaz de satisfazer ou minimizar o estado de tensão interna proveniente das excitações do corpo).

Além dos fatores citados, as pulsões possuem como características o deslocamento de uma zona corporal para outra, ou seja, de sua meta; a substituição de umas às outras, ao passarem energia de uma pulsão para outra; a compulsão à repetição e às transformações.

Estas transformações incluem sublimações, mecanismos defensivos do ego e ansiedade. No início da vida, as pulsões são unicamente de autoconservação, visando à satisfação de necessidades essenciais (alimentação, amor e amparo) e, num segundo momento, estas se tornam independentes das pulsões sexuais, que se destinam à satisfação dos desejos libidinais e visam à preservação da espécie.

Em *Más allá del principio de placer* (1920), Freud propõe um dualismo pulsional: pulsões de vida (que englobam as pulsões sexuais e as de autoconservação) e pulsões de morte (ligadas à morte e à destruição). A libido passou a ser conceituada com *energia*, vindo não somente da pulsão sexual, mas da pulsão de vida. No *Esquema del psicoanálisis* (1938), o mesmo autor refere que outro ponto a destacar é que as duas pulsões básicas produzem efeito de uma contra a outra, ou combinam-se entre si. Assim, o ato de comer é uma destruição do objeto com a meta última da incorporação; o ato sexual, uma agressão com o propósito da união mais íntima. Para Freud, “sexual” é um termo amplo, que não se refere exclusivamente à função genital, pois abarca as atividades instintivas que se manifestam de diversas formas e que têm por objetivo a obtenção de prazer.

Na 33<sup>a</sup> Conferência (1932), Freud comenta que a distinção entre masculino e feminino não é uma distinção psicológica, pois, quando se diz “masculino”, geralmente se quer dizer “ativo”, considerando que a célula sexual masculina é ativamente móvel e vai em busca da célula feminina, que espera passivamente. Este é o modelo da conduta sexual dos indivíduos durante o coito.

Na obra de Freud, encontramos referências à figura do pai desde o período inicial quando, num primeiro momento, referia um pai real sedutor e, num segundo momento, um pai produto da fantasia, isto quando descrevia a etiologia da histeria. Nos *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), Freud ampliou o conceito de sexualidade, reconhecendo seu valor em todas as realizações humanas. Inicialmente, a mãe é percebida como primeiro objeto de amor por ser a fonte de alimento, prazer e vida; o pai assume um papel fundamental no desenvolvimento psicosexual, na vigência do complexo de Édipo. A tarefa mais importante do pai é a interdição do incesto. Para o menino, o pai que era um objeto de identificação, é ao mesmo tempo um rival, quando este tenta se apropriar do primeiro objeto de amor, a mãe. Em *Totem y tabu* (1913), o autor aponta as raízes arcaicas da proibição do incesto real, e descreve que, em sociedades primitivas, a violação deste era castigada. No caso do tabu, o contato proibido não deve ser entendido num sentido exclusivamente sexual, mas num sentido de afirmar-se, de obter o controle, estando a serviço da afirmação do sujeito no grupo. Uma boa relação com a mãe favorece a vinculação futura com o pai.

Em 1938, Freud escreveu, em *Moisés y la religión monoteísta*, que o pai é um líder de massas, que representa o grande, e descreve que, na humanidade, existe a necessidade de uma autoridade que possa ser admirada. Este é um anseio pelo pai, pois muitas características admiradas nos grandes homens são características paternas. É um misto de admiração e terror. O pai deveria, na realidade, permitir que seu filho assumisse uma posição viril.

A simbolização do falo segue vigente em nossa cultura machista e obcecada pelo poder. Kaplan (1986) refere que a fórmula é ereção = macho = viril = homem exitoso = desejado pelas mulheres = admirado por todos os homens, e pobres dos que falham. O autor ainda destaca alguns mitos que influem na sexualidade masculina. Alguns homens, por exemplo, transformam o sexo em obrigação como tantas outras que possuem na sua vida diária, ao invés de vê-lo como uma maneira pela qual duas pessoas se relacionam, e tratam de ter o maior prazer possível com a rigidez de seu pênis e orgasmos alcançados. Esta preocupação leva a altos graus de ansiedade que podem até bloquear a resposta sexual.

Um segundo mito refere que os homens têm aprendido que o sexo é de sua responsabilidade. Este mito provém de duas velhas idéias sobre a natureza da masculinidade: “ser homem significa ser líder e ativo” e “um verdadeiro homem” necessita pouco de uma mulher, tanto em termos de informação como de estimulação (Kaplan,

1986). Em contraposição a esse mito, o autor refere que a atividade sexual com uma companheira é, por definição, algo compartilhado com ela, e não é real que o homem deva fazer tudo sozinho.

Há também o mito de que o homem sempre quer e está disposto a uma relação sexual, sendo permitido somente às mulheres o direito de não aceitar a relação. Diante disso, não parece permitido que um homem queira somente um carinho, um abraço, sem que isso seja um caminho para uma relação sexual. Parece ligar-se a esses aspectos o mito de que sexo significa somente penetração. Assim, a ereção é a “estrela do show sexual”. Caso não ocorra, o homem não se sente bem. É difícil, em nossa cultura, conceber o sexo como algo relaxado, com interrupções, descanso, risos, enfim, como algo agradável e menos ansiogênico.

Quando a sexualidade masculina não é devidamente abordada, pode comprometer a saúde do homem, revelando dificuldades, principalmente em relação à promoção de medidas preventivas (Gomes, 2003). O autor cita um estudo realizado por Goldenberg, em 1991, com homens intelectualizados da classe média urbana brasileira. Este estudo aponta para tensões diante do padrão de masculinidade tradicionalmente construído, nele existindo marcos vigentes para a afirmação da identidade masculina, como a iniciação sexual com prostitutas, a negação do homossexualismo, referência constante a um determinado padrão de comportamento sexual masculino, desejo de corresponder às expectativas sociais, em especial dos amigos e das mulheres, além do temor de serem questionados quanto a sua masculinidade e ao seu poder.

A masculinidade não é algo dado, segundo Ramos (2000), mas algo que constantemente o homem procura conquistar. Damatta (1997) aponta que a construção da masculinidade é atravessada por pontos carregados de inseguranças provocadas principalmente pelo medo do homossexualismo e da impotência. Gomes (2003) também refere que, na construção da identidade masculina, pode estar embutido, de forma contraditória, justamente o não cuidar de si, porque ser homem para alguns é ser alguém que é poderoso e imbatível.

Visando conhecer as influências do gênero no enfrentamento do tratamento do câncer, Gianini (2004) realizou um estudo e analisou o processo de enfrentamento de homens com câncer de próstata e mulheres com câncer de mama. Neste estudo, obteve os seguintes resultados: os homens mostraram dificuldades em reconhecer e expressar seus sentimentos quanto ao diagnóstico (para muitos a saúde ainda é vista como “coisa feminina”); muitos deles se sentiram isolados, impossibilitados de partilhar seus medos,

exceto com pessoas que também estivessem fazendo os mesmos tratamentos; demonstraram, também, maior dificuldade de lidar sozinhos com suas limitações físicas, de suportar a interrupção brusca de suas atividades e de perder o papel de provedores da família.

O sofrimento emocional dos homens refere-se às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, ao cansaço, à fadiga e à retirada dos testículos, responsável pela produção do hormônio masculino (testosterona), que inibe o crescimento do tumor, mas que também interfere na ejaculação. Os tratamentos nos homens, quase invariavelmente, acarretam os conhecidos riscos da incontinência e da impotência que atingem a essência da masculinidade. Observa ainda Gianini (2004) que, nos processos sociais, os homens são cobrados para que assumam seus problemas de forma mais ativa.

Quando os pacientes liberam seus sentimentos, reconhecendo-os e aceitando-os, e, quando percebem que podem lidar com emoções, como o medo, podem desenvolver maior autoconfiança, quebrando o ciclo da depressão e da desesperança, aumentando, assim, suas condições de enfrentar o sofrimento (Carvalho, 1994).

Kübler-Ross (1994), em sua obra *Sobre a morte e o morrer*, aponta cinco estágios pelos quais passa o doente desde o diagnóstico até a morte: (1) *Negação e isolamento*: como “não pode ser comigo”; “não tenho nada”. (2) *Raiva*: quando a negação não é mais possível, surgem sentimentos de raiva e revolta (“por que eu?”). Esta raiva pode estar relacionada à impotência e à falta de controle da própria vida. (3) *Barganha*: estratégia do paciente, tentando certo acordo para adiar um desfecho inadiável. (4) *Depressão*: momento do contato efetivo com a doença e as suas perdas do corpo, das finanças, da família, do emprego, do lazer. Tirar o paciente do seu processo de enlutamento pode perturbar o seu processo, pois o procedimento mais adequado parece ser o de facilitar a sua expressão. (5) *Aceitação*: os pacientes que viveram a sua doença e receberam apoio nos estágios anteriores podem chegar a uma aceitação.

Em geral, o primeiro mecanismo de defesa utilizado pelo paciente é a negação. Inicialmente, a negação pode ser uma crosta protetora, mas, se persistir por longo período, ela enfraquece o relacionamento e impede o paciente de assumir uma atitude mais responsável. Podem ocorrer mecanismos relacionados a uma postura onipotente, com atuações maníacas intercaladas por momentos de depressão.

Sabe-se que sentir medo é uma reação costumeira do indivíduo à ameaça externa de dor e destruição, com as quais não está preparado para lidar. “Esmagado pela estimulação excessiva que não consegue controlar, o ego é inundado pela ansiedade” (Hall, Lindzey e

Campbell, 2000, p. 60). Neste sentido, os autores referem que, quando a ansiedade é despertada, a pessoa é levada a fazer alguma coisa, como fugir da região ameaçadora, de inibir o impulso perigoso ou de obedecer à voz da consciência.

De modo geral, entende-se que frustração é um sentimento de fracasso por não ter o homem obtido a satisfação desejada. A frustração é inerente à condição humana. Para Zimmerman (2001), este termo pode ter duas significações opostas em psicanálise, mas que são complementares. A primeira que pode ocorrer sob a forma de privação, também é necessária para a estruturação do desenvolvimento. A segunda se refere à frustração repetitivamente inadequada, que é um fator fortemente desestruturante.

Klopfer (1957), estudando as condições psicológicas nos portadores de câncer, encontrou uma simbiose entre o paciente portador desta doença e a própria doença. Considerou o tipo de câncer, a idade do paciente e sua personalidade para relacionar à velocidade do desenvolvimento da doença nos pacientes. Observou, a partir do uso do Rorschach, que os pacientes mais desligados de sua realidade tinham um câncer de evolução mais lenta, enquanto que os pacientes mais dedicados à sua condição e conectados à sua realidade sofriam mais. Além disso, apontou que pacientes que já possuíam um ego frágil utilizavam suas defesas para dar uma sustentação ao ego e, portanto, não sobriam energia para lutar contra a doença.

#### RORSCHACH: CARTÕES IV E VI

O Rorschach, como assim é conhecido, consiste numa técnica projetiva desenvolvida por Hermann Rorschach, médico, nascido em Zurich, em 1884. A técnica por ele desenvolvida experimentalmente e apoiada em pesquisas consiste em apresentar aos pacientes 10 cartões com manchas de tinta escura (I, IV, V, VI e VII) coloridas (cartões II, III, VIII, IX e X). Foi publicada em 1918. A partir daí inúmeros estudos têm sido feitos, podendo-se afirmar que, a técnica de Rorschach como instrumento projetivo é intensamente reforçado por um sistema quantitativo de apuração dos dados e avaliação da personalidade, permitindo ao mesmo tempo avaliar elementos psicodinâmicos do examinando. Além de traços de personalidade, podem também ser avaliada a condição intelectual do sujeito, a ansiedade básica e situacional, a depressão, bem como as condições afetivo-emocionais, o controle geral, a capacidade de suportar frustrações e conflitos, impulsos, instintos, reações emocionais e nível de aspiração (Vaz, 2001).

Foram escolhidos como foco do estudo os cartões IV e VI. O cartão IV é

considerado o representativo da autoridade, do poder; nele podem aparecer as identificações do sujeito com a figura representativa da autoridade. A mancha é compacta, de cor preta muito densa, dando a idéia de algo pesado, formando uma base bastante espalhada para a esquerda e para a direita, sendo que, nessas extremidades, o preto assume aspecto de sombreado. Normalmente, o tempo de reação é prolongado, o que quer dizer não se tratar de um estímulo simples para o examinando. Minkoska (citado por Vaz, 1997) sintetiza bem e em poucas palavras as características deste cartão, quando diz que “é qualquer coisa de ameaçador, de terrível, de impenetrável, de misterioso [...] grande, preto, sombrio, maciço” (p.112). Vaz acrescenta que “a altura e a largura da base com esse quê de maciço e preto, lembram austeridade e superioridade, desencadeando sentimentos de angústia, medo da autoridade paterna, transformação de agressão em submissão e arrependimento, impotência (...)” (Vaz, 1997 p. 112), são os sentimentos que ele desperta em algumas pessoas. Respostas localizadas no eixo da mancha podem ser interpretadas como indicativo de mobilização de angústia de caráter sexual.

O aspecto físico pode provocar a impressão geral de disforia, o que, em pessoas com dificuldades de relacionamento ou de aceitação da autoridade paterna ou representada, constitui-se fator de perturbação. O cartão IV representa, simbolicamente, a relação do examinando com a figura representativa de autoridade (Portuondo, 1973; Vaz, 1997).

O cartão VI é, segundo alguns autores (Mucchielli, 1968; Portuondo, 1973; Vaz, 1997), interpretado, simbolicamente, como a representação da sexualidade. A área superior da mancha assemelha-se ao pênis, o que facilita as associações fálicas, que podem ser rapidamente reprimidas. A rejeição desse cartão, comentários depreciativos, críticas, colocação da mão sobre a parte inferior para verbalização de conteúdo localizado na área superior, ou o inverso, são sinais indicativos de dificuldades quanto à sexualidade.

## **DADOS EMPÍRICOS**

O estudo tem por base dados empíricos extraídos dos cartões IV e VI do Rorschach - sistema Klopfer - aplicado em pacientes portadores de câncer de próstata. Participaram da pesquisa 25 pacientes portadores desta doença, situados na faixa etária de 48 e 83 anos, com maior concentração entre 62 e 74 anos em atendimento ambulatorial num hospital de câncer de Porto Alegre. Após ter sido aprovado o projeto de pesquisa pela Comissão de Ética do Hospital e tomadas as devidas providências relativamente aos cuidados para com os pacientes (convite pessoal, termo de consentimento esclarecido e informado), foi feita a aplicação do Rorschach nas dependências do próprio hospital.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Freud, ao analisar o sonho, como linguagem simbólica, atribuía-lhe um caráter não universal e não estereotipado, devido a dimensões culturais e individuais do paciente. Este cuidado também deve ser considerado pelo leitor para a compreensão adequada dos “recortes” feitos da técnica de Rorschach, estudados nos cartões IV e VI.

Um dos recortes que se destaca é a masculinidade, que é um conceito que, em várias culturas, vem sendo impregnado de padrões de exigências sociais, que uma vez internalizados funcionam como registros, que fazem com que o homem passe a exercer papéis culturais por ele assumidos: poderoso, salvador, protetor e provedor. A técnica projetiva do Rorschach veio sustentar os achados literários.

O percentual de respostas globais ( $28G/55R=50\%$ ) é superior a 30%, o que sugere fuga, fantasia e visão prejudicada da realidade, uma vez que o índice clínico esperado seria de 20% a 30% (Vaz, 1997). As respostas de detalhe comum (D) apresentam um índice de 10% ( $6D/55R=10\%$ ) e o índice esperado seria de 40% a 55%; o percentual, no caso, é inferior a 40%, o que é comum ocorrer em pessoas com senso de realidade objetiva prejudicada, em pessoas ansiosas e com dificuldades de estabelecer diferenciação sobre o óbvio, quer por motivos de ordem racional, quer por perturbação de ordem emocional. Seria de se esperar como normal um percentual de 10% a 17% de detalhe raro (dr), que indica capacidade para se ligar a pequenas coisas, ao simples do cotidiano. Neste grupo, o percentual é muito superior a 10% ( $21dr/55R=38\%$ ), sugerindo excentricidade (Vaz, 1997). Destaca-se o fato de serem homens preocupados com a doença, e que, em muitos momentos, precisam “fugir” da realidade objetiva, ficando, conforme Sousa (1982), impedidos de funcionar com a atividade sintetizadora, ao ser referir às respostas globais, detalhe comum e incomum dentro do índice normal no Rorschach. O aumento do número de respostas globais, associado à diminuição de detalhes comuns, é um indicativo de prejuízo na percepção objetiva da realidade. Portuondo (1976) acrescenta que o número elevado de detalhes raros é um indicador de depressão.

Entende-se, assim, a necessidade, nesses pacientes, de alguns mecanismos de defesa para o enfrentamento da doença, que aparecem no Rorschach pela presença de sombreado radiológico (Fk). A pessoa, diante de uma situação tensionante, fica ansiosa, e, para se defender, usa a *intelectualização* como mecanismo de ajustamento (Vaz, 1997). Esta é uma defesa que consiste em priorizar o uso do pensamento e de elaborações abstratas para não fazer contato com os afetos e suas fantasias inconscientes. Portuondo

(1973) comenta que esta é uma forma de expressar os conflitos emocionais sem os viver realmente. Outra defesa utilizada pelos pacientes, associada à idéia de mutilação, foi a *negação* durante o inquérito, de resposta dada na fase da aplicação. Conforme Passalacqua e Gravenhorst (1988), isto corre em pessoas com intensa “ansiedade de castração”, e que tentam negá-la.

O grupo apresenta várias respostas relacionadas à sexualidade, que podem ser indicadoras de conflitos com a própria sexualidade, de medo e angústia frente à genitalidade. Homens com verbalizações contendo símbolos sexuais femininos, com certa perplexidade, podem sofrer de retraimento sexual por angústia (Passalacqua e Gravenhorst, 1988). Associado a isso, observa-se alto índice de conteúdos anatômicos (oito no cartão IV e cinco no VI), que, segundo Portuondo (1973, 1976), podem ser entendidos como uma forma patológica de expressar a libido, como inadequada tentativa de sublimar os impulsos sexuais, ou, simplesmente, um deslocamento desta para a preocupação corporal. O câncer de próstata é uma doença agressiva, principalmente quando o tratamento é iniciado tardiamente, que contribui para o paciente voltar-se para si mesmo, mobilizado em relação à sexualidade e revisando sua vida para que possa enfrentá-la diante desta nova contingência. Pode-se levantar a hipótese de que as angústias relacionadas a fatos reais se ampliem para o temor de perder o controle das situações e o medo de tornar-se sexualmente impotente.

Os 25 participantes da pesquisa não verbalizaram nenhuma resposta com o determinante movimento animal (FM). A ausência de FM pode ocorrer, segundo Vaz (1997), em pessoas sem iniciativa, ou altamente deprimidas e defensivas. Passalacqua e Gravenhorst (1988) referem que a ausência de movimento animal está associada à repressão intensa de tudo que está ligado às necessidades instintivas. Referem as autoras que é um *fenômeno especial* encontrado em homens que passam por períodos de impotência. No grupo em estudo, há elevada preocupação com a possibilidade da perda da “potência” no sentido global e, diante disso, apresentam-se inibidos, como se sentindo fracassados, retraídos individual e socialmente, e sem conseguir manifestar afeto.

O determinante que mais aparece é a forma pura, ou seja, o somatório de F+, F- e F±, interpretado como a expressão lógica, racional e intelectual da percepção, como a expressão do controle geral que a pessoa tem sobre seus dinamismos psíquicos, instintos, reações afetivo-emocionais e impulsivas (Vaz, 1997). Neste grupo, o percentual de F está acima de 50% no cartão IV (19F/30R=63%) e no cartão VI (15F/25R=60%), o que pode ser entendido como um esforço dos sujeitos em manter o controle. O percentual de F+ é

uma das variáveis mais consistentes para indicar se o pensamento lógico está ou não sofrendo interferência de ordem afetivo-emocional. É esperado um índice padrão F+% maior ou igual a 80%. “Quando o percentual de F+ diminui numa pessoa intelectualmente bem dotada, é sinal de que sofre interferências de fatores afetivos, especialmente estados depressivos ou constrictivos” (Serebrinski. In: Vaz, 1997). Pessoas com psicose, esquizofrenia, transtorno neurótico, ansioso ou depressivo, apresentam percentual de F+ inferior a 80. Levando em consideração a frequência de F+, em relação ao somatório de F, nos cartões IV (13F+=68%; 6F± =32%) e VI (10F+=67%; 4F±=27% e 1F- =7%), nota-se que a frequência percentual média é inferior a 80, o que pode ser interpretado como indicador de depressão nestes homens (não havia diagnóstico prévio de esquizofrenia, psicose ou transtornos no grupo de pacientes).

Os pacientes deste estudo possuem diferenças quanto ao prognóstico e formas de tratamento médico, histórias e projetos de vida. O medo de lidar com os impulsos gera inibição, fazendo com que eles procurem fugir de sua realidade, ou entrando em depressão e aumentando o nível de ansiedade. Pode-se dizer que a impotência causada pela doença ou pelos tratamentos, mesmo que transitória, é vivenciada, assim como a castração ou a própria morte para os homens, que parecem desvitalizados.

As respostas com conteúdos verbalizados como preto e/ou cinza são interpretadas como tendência de a pessoa para evitar estímulos que possam lhe mobilizar reações emocionais e sentimentos. As cores acromáticas (FC', C'F e C') “expressam depressão como traço de personalidade e não apenas reações depressivas transitórias, tipo depressão situacional”, conforme Vaz (1997, p. 94). Quando o índice FC' é menor que C'F+C', especialmente se houver a presença de C' (pura), pode tratar-se de depressão crônica. Portuondo (1973, 1976) aponta que respostas de C' indicam certa cautela afetiva e ânimo deprimido. Ele relaciona as respostas de cor acromática com as tendências autodestrutivas relacionadas com pulsões de morte. Para este autor, C' indica pânico, C'F indica temor e FC' seria a inquietude. Além disso, observam-se, pelas proporções dos dados do cartão IV (1FC' < 3C'F + 1C') e do cartão VI (2FC' > 1C'), indicadores de retraimento reforçados por outros elementos do Roschach, como *choque de reação por dilatação*, indicando sentimento de incapacidade, de menos-valia e depressão acentuadamente grave; *choque de duração* em pessoas tímidas, inseguras (Vaz, 1997); *rejeição de cartão* (Sousa, 1982). Há, ainda, sinais de inibição e sentimentos de fracasso nos cartões IV e VI pelo choque ao cinza e, no cartão VI, pela presença de conteúdo sexual, segundo Sousa (1982).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos permitem várias ponderações. Em pacientes com câncer de próstata, estão fortemente presentes, nos cartões IV e VI do Rorschach, os sentimentos de impotência e fracasso relacionados à sexualidade e ao papel de poder. Associados a esses sentimentos, estão presentes, nesses pacientes estudados, a depressão, a diminuição da capacidade de produção, assim como dificuldades de ajustamento e de adesão ao tratamento.

A tendência à fuga de sua realidade objetiva para um retraimento narcísico, é fator sentido pelo paciente como necessário para o enfrentamento da doença e dos tratamentos indicados. Verifica-se a diminuição da capacidade de funcionamento do pensamento lógico e de bloqueio dos processos associativos, com interferência nas condições afetivo-emocionais.

O sentimento de impotência repercute como uma ferida na vida dos pacientes com câncer de próstata. Embora haja uma evolução da Medicina em termos de possibilidades de tratamento, observa-se que, por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, o sentimento de impotência está presente em todos os pacientes testados, mesmo naqueles com impotência transitória.

A título de sugestão, convém destacar que esses pacientes necessitam de um espaço em que suas angústias sejam trabalhadas. Seria adequada, além do tratamento orgânico, uma intervenção com suporte afetivo-emocional.

## **AGRADECIMENTO**

Os autores agradecem a:

Martina Marcondes de Carvalho, Bolsista de Iniciação Científica (BIC) do CNPq

Juliana Porciúncula, monitora da disciplina de Técnicas Projetivas

pela colaboração na classificação e tabulação dos dados do Rorschach.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV, (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BOKHOUR, B.; CLARK, J.; INUI, T.; SILLIMAN, R.; & TALCOTT, J. (2002). Sexuality after treatment for early prostate câncer: Exploring the meanings of “erectile dysfunction”. In Journal of General Internal Medicine. Oct; Vol 16 (10).
- CARVALHO, V. (1994). Programa Simonton: uma experiência no Brasil In Introdução a Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- \_\_\_\_\_. (2002). Depressão e Câncer: Depressão em Pacientes Terminais. Trabalho publicado nos Anais do VII Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, Recife.
- CHOCHINOV, H. M. (2001). Depression in câncer patients. The Lancet Oncology. Vol 2.
- DAMATTA, R. (1997). Tem pente aí? In Caldas (org.). Homens. Editora Senac, São Paulo.
- FREUD, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. I, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. S. (1905). Tres ensayos de teoria sexual. In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. Vol.VII, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1913 [1912-13]). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. Vol. XIII, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. Vol.XIV, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1920). Más allá del principio de placer. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XVIII, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1933 [1932]). 33ª conferencia: La feminidad. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. Vol. XXII, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1939 [1934-38]). Moisés y la religion monoteísta. In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. Vol. XXIII, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_. (1940 [1938]). Esquema del psicoanálisis. In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. Vol. XXIII, Buenos Aires.
- GIANINI, M. M. S. (2004). Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença. Trabalho publicado no Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO). Ano 1, edição 4.
- GOMES, R. (2003). A discussion about masculine sexuality and men’s health. Ciên. Saúde coletiva, vol.8, nº3, p.825-829.
- HALL, C.; LINDZEY, G. & CAMPBELL, J. ((2000). Teorias da Personalidade. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa. Disponível no [site www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa).
- KAPLAN, M. & SAPETTI, A. (1986). La Sexualidad Masculina. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- KLOPFER, B. (1957). Psychological variables and human câncer, J Proj Tech, 1957, 21:331-340.
- KÜBLER-ROSS, E. (1994). Sobre a morte e o morrer. (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- LINTZ, K.; MOYNIHAN, C.; STEGINGA, S.; NORMAN, A.; EELES, ROS; HUDDART, R.; DEARNALEY, D. & WATSON, M. (2004). Prostate cancer

- patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. Psycho-Oncology. Vol 12 (8).
- MORAES, M. C. (1994). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno.
- MUCCHIELI, R. (1968). La dynamique du Rorschach. Paris: Presses Universitaires de France.
- NATIONAL COMPREHENSIVE CÂNCER NETWORK –NCCN(2001) [.http://www.nccn.org/patient-gls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp](http://www.nccn.org/patient-gls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp), site acessado em 17/10/2004 às 22h30.
- PASSALACQUA, A. & GRAVENHORST, M. C. (1988). Los Fenomenos Especiales en Rorschach. Argentina. Centro Editor Argentino.
- PORTUONDO, J. A. (1973). El Rorschach Psicoanalítico. Madrid. Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_. (1976). El Psicodiagnostico de Rorschach em Psicologia Clinica. Madrid. Biblioteca Nueva.
- RAMOS, M. S. (2000). Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In Goldenberg (org.). Os novos desejos. Editora Record, Rio de Janeiro.
- SIMKINS, B. C. (2002). A phenomenological study of the psychological impact of prostate cancer. Dissertation; Vol. 63 (5-B).
- SOUSA, C. C. (1982). O método de Rorschach. São Paulo: Editora da Universidade.
- VAZ, C. E. (1997). O Rorschach: Teoria e Desempenho, 3ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- ZIMERMAN, D. E. (2001). Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: ArtMed Editora.

### **Endereços dos autores**

Ana Cristina A. Tofani

Rua Dr. Florêncio Ygartua, 53 conj. 202

E-mail: [anatofani@terra.com.br](mailto:anatofani@terra.com.br)

90.430-010 – Porto Alegre, RS

Cícero E. Vaz

Av. Lajeado, 969 ap. 301

E-mail: [cicerovaz@uol.com.br](mailto:cicerovaz@uol.com.br)

90.460-110 – Porto Alegre, RS

## **II ARTIGO TEÓRICO: CÂNCER DE PRÓSTATA, QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES EMOCIONAIS**

**Ana Cristina Tofani  
Cícero E. Vaz**

**Periódico: REVISTA PSICHÊ**

### RESUMO

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil. A evolução dos métodos de diagnóstico tem possibilitado avanços importantes. Vários estudos mostram preocupação masculina com a sexualidade e com a qualidade vida que poderá ser preservada e as limitações diante dos possíveis tratamentos. Este artigo visa conceituar câncer de próstata, qualidade de vida e condições emocionais, e fundamentar que uma doença como o câncer afeta na qualidade de vida e bem-estar físico e emocional das pessoas.

Palavras-chave: Câncer de Próstata; Sexualidade Masculina; Qualidade de Vida e Condições Emocionais.

### ABSTRACT

The prostate cancer is the second most frequent malign tumor in the masculine sex in Brazil. The diagnostic assessment methods have made important advances possible. Several studies show masculine concern with sexuality and the quality of life that could be preserved and with the limitations for possible treatments. This article aims the study concept of prostate cancer, quality of life and emotional conditions, and point out that a disease like cancer affects the quality of life and physical and emotional well being of persons;

Key words: Prostate Cancer; Masculine Sexuality; Quality of Life; Emotional Conditions

### **Câncer de próstata, diagnóstico e prevalência**

Parece que o homem latino-americano tem aos poucos se preocupado com a prevenção; nos últimos anos a cultura do sintoma tem cedido espaço à cultura da saúde. Vem aumentando o número de homens preocupados com saúde e com qualidade de vida, apesar de alguns serem impelidos pelas companheiras a procurar o urologista, conforme palavras de Cláudio Telöken (2005), coordenador do Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre.

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil (INCA, 2004), e também é a segunda causa de morte em muitos países; segundo Narod (1999) o aumento acentuado na incidência dos casos nos EUA nas últimas duas décadas pode ser atribuído à introdução da dosagem sérica do PSA (antígeno prostático específico) e a conscientização da população masculina em submeter-se a exames de rotina. No passado, muitos destes casos eram diagnosticados tardiamente e os pacientes morriam em pouco tempo. Para Gronberg (2003), além dos programas de rastreamento e do emprego do PSA, houve uma redução na taxa de mortalidade por doença cardiovascular (permitindo idade mais avançada aos indivíduos), talvez devido à influência de fatores ambientais, dietéticos ou outros ainda não identificáveis.

A próstata é uma glândula exclusiva dos homens, situada logo abaixo da bexiga, de aparência e volume muito semelhante a uma castanha. É responsável pela produção de boa parte do líquido seminal. Com o envelhecimento a próstata está sujeita a duas condições: aumento benigno (HPB- hiperplasia prostática benigna) e câncer de próstata.

Segundo Hanahan e Weinberg (2000) toda a neoplasia maligna é uma doença genética. Por este aspecto filhos de portadores de câncer de próstata são orientados a iniciar a avaliação a partir dos 40 anos. Gomes (2003) e Wroclawski e Ortiz (2003)

destacam que além da idade e da genética, devem ser considerados os fatores raciais e a alimentação. Os autores concordam que há um aumento progressivo da presença da doença, de acordo com a faixa etária; homens com pai ou irmão com câncer de próstata tem triplicadas as chances de desenvolverem a doença; parece haver relação entre dietas ricas em gordura animal e maior risco de câncer. Por outro lado, alguns alimentos parecem ter um efeito protetor contra o câncer de próstata: licopeno (presente principalmente no tomate), selênio, betacaroteno, zinco e vitamina E. O tecido da próstata é vulnerável à oxidação, que acaba por danificá-lo. Pode ser esta a razão pela qual os tomates, que contém um forte anti-oxidante, podem ser saudáveis para a próstata. Giovannucci (1993) publicou um estudo apontando redução para 21% do risco de desenvolvimento de câncer de próstata nos consumidores de tomate, especialmente após o cozimento; o autor constatou risco aumentado do desenvolvimento de câncer avançado de próstata nos grandes consumidores de gordura.

O diagnóstico pode ser feito a partir de alguns exames tais como: 1- o toque retal, que avalia o volume da glândula e a presença de nódulos suspeitos. O aumento da próstata se faz lentamente e os primeiros sintomas demoram a aparecer. Quando os sintomas urinários se manifestam e o diagnóstico é tumor maligno, é grande a probabilidade deste já ter aumentado de tamanho e se espalhado para outras partes do corpo (Wroclawski e Ortiz, 2003). Daí a importância do toque retal mesmo que o homem esteja se sentindo bem e não apresente problemas urinários 2- PSA (Prostatic Specific Antigen), ou seja, Antígeno Específico da Próstata, que é uma substância (glicoproteína) produzida pela próstata com função de liquefazer o sêmen. A dosagem é feita no sangue, e seus valores normais são de 0 a 4 ng/ml. Esta dosagem tende a se alterar todas as vezes que há doença de próstata, principalmente um câncer. Catalona (1994) e Partin, Yoo, Carter & Pearson (1993) alertam que valores acima de 4 ng/ml podem significar câncer de próstata; e quando o PSA supera

o valor de 10 ng/ml, a possibilidade de existir neoplasia é de cerca de 55%, estando indicada a biópsia trans-retal ( I Consenso Brasileiro – Câncer de Próstata- 1998).

Em 1980 Papsidero e cols correlacionaram a presença do PSA elevado em homens com câncer de próstata, mas foi em 1986 com sua introdução clínica, que o PSA tornou-se o mais importante marcador tumoral disponível na Medicina, utilizado no rastreamento, diagnóstico, estadiamento e seguimento dos pacientes com câncer de próstata. Os autores esclarecem que este é um marcador próstato-específico, não câncer-específico. Segundo o NCI (2005) a aprovação do “Food and Drug Administration” em 1986 foi o marco para a iniciação do uso do PSA, e já no início da década de 1990 a incidência de câncer de próstata começou a declinar.

A evolução dos métodos de diagnóstico tem possibilitado avanços importantes na detecção precoce de neoplasias. Carvalhal (2004), bem como Gann e Han (2005) destacam a importância dos dados pré-operatórios como o PSA, o estadiamento local e o Gleason da biópsia prostática, que permitem ao médico predizer as chances de a doença estar confinada ao órgão (e portanto possivelmente curável) e quando existem metástases linfonodais. O sistema Gleason é usado na prática para a graduação histológica, o qual valoriza o padrão glandular e a relação entre as glândulas e o estroma; é dada uma nota para o padrão primário e uma nota para o padrão secundário (ex. 2+3), sendo observado que as neoplasias mais diferenciadas tem grau baixo, de 2 a 4 e as mais indiferenciadas apresentam graus maiores, de 8 a 10 (Epstein, Walsh, Carmichael, 1994).

Os autores também apontam que a evolução de técnicas de analgesia, durante um bloqueio prostático podem permitir a obtenção de mais fragmentos para a biópsia (observando que depende do volume da glândula e da condição de analgesia do paciente). Nos casos de tratamento cirúrgico de neoplasias de próstata também houve progressão a partir da técnica da prostatectomia radical anatômica por Walsh. A incontinência urinária,

após esta intervenção persiste em cerca de 8% dos pacientes após 18 meses da cirurgia. O problema de maior prevalência, segundo Catalona (1999), é a incapacidade da manutenção da potência sexual após a prostatectomia radical, devendo neste caso serem considerados fatores tais como: a idade do paciente, a experiência do cirurgião e a preservação dos feixes vasculonervosos (preservação bilateral ou unilateral). Diante das complicações que interferem na potência e na continência urinária, Walsh, Marschke, Ricker & Burnett (2000) realizaram um estudo com 62 pacientes com o uso de um vídeo intraoperativo que permite identificar variações arbitrárias que possam ocorrer.

Canto (2001) referiu estudos realizados sobre a fisiopatologia de uma possível regeneração da inervação lesada. Entretanto, em nossa realidade a disfunção erétil pós-prostatectomia radical tem sido contornada com o uso de medicação por via oral ou mesmo de colocação de próteses penianas. Schover, Fouladi, Warneke, Neese, Klein, Zippe & Kupelian (2004) realizaram um estudo com um grupo de 1188 homens com disfunção erétil em função do câncer de próstata e confirmaram a necessidade de uma intervenção para modificar as crenças negativas dos homens que precisam ser auxiliados e mesmo os que precisam de medicação para retomar a autoconfiança.

Pesquisas recentes apontam que descrições detalhadas dos possíveis tratamentos para o câncer de próstata tendem a minimizar os riscos ou os efeitos colaterais associados ao tratamento. Deutsch (2004) escreveu no seu periódico que a Dra. Ângela Fagerlin (PhD) pesquisadora da universidade de Ann Arbor, encontrou em apenas 44 publicações das 500 investigadas, as quatro opções de tratamento aos homens com câncer de próstata (espera, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia). Enfatiza que os esclarecimentos médicos são indispensáveis, mesmo que os pacientes recebam materiais educacionais, pois alguns destes materiais não descrevem os efeitos negativos do tratamento, e os pacientes necessitam toda a informação para fazer a sua escolha. Neste sentido Risko, Fleischmann,

Molnar, Schneider, & Varady (1996) apontam também a importância da influência da relação médico-paciente na decisão da intervenção e tratamento.

As necessidades mais comuns dos pacientes com este diagnóstico são os medos em relação à disseminação da doença, preocupação com as pessoas próximas e com as mudanças na sensibilidade sexual (Lintz, 2004). Os assuntos relacionados com a sexualidade preocupam muito aos pacientes que sofrem de câncer de próstata, e segundo a NCCN (2001) algumas sugestões podem ajudar os homens a enfrentar este momento e buscar apoio em outras pessoas.

### **Sexualidade masculina**

Existem mais publicações sobre sexualidade feminina do que sobre a masculina, o que pode levar ao entendimento de que é mais fácil ser homem em nossa sociedade em relação ao sexo. Passa-se no imaginário das pessoas a idéia de que a sexualidade feminina é misteriosa e complicada, e que os genitais masculinos são a essência da simplicidade, pois parece que toda a sexualidade está concentrada em um lugar, seu órgão genital.

Freud (1923) no texto *La organización genital infantil* salienta que desde a infância o menino valoriza o pênis, por ser um órgão do corpo que se excita facilmente, que se modifica e é muito rico em sensações. É notável, arremata o autor, a pouca atenção que a criança dá à outra parte dos genitais masculinos, o pequeno saco e seus conteúdos; e exemplifica que, com o que ouve nas análises parece que os genitais masculinos não incluem alguma coisa além do pênis. Descreve que ao completar o desenvolvimento, na época da puberdade, a polaridade sexual coincide com masculino e feminino. O masculino reúne o sujeito, a atividade e a posse do pênis, o feminino assume o objeto e a passividade. A vagina é então estimada como abrigo do pênis, torna-se herdeira do ventre materno.

Neste sentido Mota (1996) destaca que os homens aprendem a valorizar a atividade sexual como algo que legitima sua identidade masculina; ser homem é desempenhar o papel de quem domina e “penetra”. Clarke (2002), após o Congresso Mundial sobre Envelhecimento Masculino, descreveu em seu artigo que o único ponto de preocupação masculina é a questão sexual. A autora referiu que os médicos salientam que homens em geral são menos preocupados com saúde do que as mulheres, e que homens de todas as idades desejam ereções melhores, e que este é um aspecto que os leva à consulta médica.

Harrod (2003) publicou um comentário no JAMA sobre sua experiência pessoal de convivência por 10 anos com um câncer de próstata. Relatou que nos 6 primeiros anos teve qualidade de vida em muitos níveis, mas nos últimos anos de vida sofreu com a evolução da doença até ocorrer seu óbito. Seu comentário destaca que a perda de libido provocada pelo câncer de próstata foi um sofrimento que ele não pôde prever. Passou a invejar a capacidade de sentir desejo, que outros homens possuíam. Além disto, deu-se conta de que a sexualidade masculina é excessivamente genital no seu foco, o que lhe causou grande impacto pensando sobre o quanto havia perdido, o quanto sua esposa lhe dizia e ele não valorizava sobre a importância do toque, da presença de um com o outro, da divisão de sentimentos... Diante deste insight o autor descreveu como se considerou insensível, foi com o auxílio de sua esposa, familiares, amigos, médicos e grupos realizados no hospital que enfrentou a fase final e terminal da doença.

Ao estudar o tratamento de câncer de próstata, qualidade de vida e sexualidade masculina, Robinson (in Haley 2003), tendo como base pesquisa realizada na universidade de Calgary e no Tom Baker Câncer Centre destaca: os homens ao serem informados que estão com câncer de próstata ficam ansiosos e resistem à idéia de procurar o atendimento apropriado, levados pelo medo de perder a qualidade de vida que vinham tendo; demonstram preocupações com a sexualidade; os homens devem receber informações

sobre os possíveis tratamentos e serem auxiliados na tomada de decisões.

A disfunção erétil é definida como uma consistente incapacidade para atingir ou manter uma ereção suficiente para a performance sexual satisfatória. Johannes, Araujo, Feldman, Derby, Kleinman & McKinlay (2000) realizaram um estudo com 1700 homens (847 sem disfunção erétil) e observaram que a prevalência de disfunção erétil aumenta com a idade e está associada a condições crônicas médicas e tratamentos como diabetes, hipertensão e doenças do coração. Os autores observaram ainda que a disfunção erétil têm incidência menor em homens de status socioeconômico elevado e de nível educacional também elevado; imaginam que o nível educacional propicia condições médicas, e que é mais comum problemas para atingir o orgasmo do que disfunção erétil neste nível educacional.

### **Qualidade de vida**

Qualidade de vida envolve questões subjetivas (Saunders, 1991; Kovács, 1998). O que é valorado por uma pessoa pode não ser por outra, e isso está relacionado com a sua história particular, características de personalidade e a situação atual. É um termo difícil de ser operacionalizado, pois além do pressuposto comunicação médico-paciente, envolve aspectos gerais de satisfação com a vida, diminuição do sofrimento e da dor, quer física quer psíquica, social e espiritual (Kovács, 1998). Hodgson (1999) concorda com esta colocação e acrescenta que na dimensão psicológica de qualidade de vida há uma preocupação com a perda da função no lar, com as finanças, com o aumento de dor, perda do controle e vulnerabilidade.

Uma forma qualitativa de avaliação e mensuração de qualidade de vida é feita por intermédio da própria história do paciente, a qual pode apontar quais os aspectos que foram

mais alterados pela doença. Uma cuidadosa monitorização destes aspectos sem dúvida facilitará uma melhor atenção àquilo que o paciente considera como sofrimento, como dor.

Johansson, Andren, Andersson & Dickman (2004) realizaram um estudo no qual referem à remoção cirúrgica da próstata, indicando que a sobrevivência prolongada não é a única preocupação dos pacientes, em relação à qualidade de vida; eles se preocupam com a vida integral, ou seja, uma expectativa de vida integrada sob o ponto de vista físico, psíquico e social.

São muitas opções de tratamento para o câncer de próstata, dependendo do estágio, e nestas situações é fundamental a participação do paciente e de seus familiares, considerando expectativas e preferências. Pentz (2002) destaca em seu artigo que os homens que possuem um bom suporte social ficam mais capacitados a suportar as perdas associadas ao câncer do que outros homens. Yan (2000) refere que um paciente pode optar por ter menos anos de vida, mas manter sua potência sexual por mais tempo. Para Rosenfeld, Roth, Gandhi & Penson (2004) a qualidade de vida (QV) é um aspecto importante, sob o ponto de vista psicológico e não apenas físico. O estudo desses autores realizado com 341 homens em atendimento ambulatorial, e aprovado pelo Memorial Sloan\_Kettering Câncer Center, aponta uma relação direta entre a doença câncer de próstata em estágio avançado e qualidade de vida pobre dos pacientes com câncer de próstata.

Carvalho, Smith, & Ramos (1999) referem uma piora na qualidade de vida ligada à incontinência urinária e à impotência sexual. Há também o impacto do tratamento com radioterapia sobre as funções urinárias e sexuais na qualidade de vida do paciente conforme Potosky, Harlan, Stanford & Gilliland (1999). Tem sido consenso geral que o conhecimento dos dados de sobrevida, as taxas de complicações e as respostas ao tratamento pelos sintomas não representam um valor suficiente para avaliar o impacto da

doença e seu tratamento. Na avaliação da QV do paciente deve-se considerar como ele se sente física, psicológica e socialmente antes e após o tratamento. A impressão do médico nem sempre condiz com a do paciente, segundo Macdonagh (1996). A longo prazo os pacientes não ficam totalmente satisfeitos em saber que ficarão livres da doença, eles querem saber se a qualidade de vida ficará afetada (Litwin, McGuigan, & Spall (1999) ; McCammon, Kolm, Main, F. (1999).

Existe na literatura, conforme Howard (2004), maior inquietude dos pesquisadores quanto aos aspectos físicos (incontinência e disfunção erétil) do que quanto aos aspectos psicológicos (ansiedade, constrangimentos e auto-retraimento), no que tange ao câncer de próstata. Para ele o lazer constitui-se um aspecto fundamental na qualidade de vida dos pacientes. A qualidade de vida do paciente vai depender de suas esperanças, expectativas e a realidade que enfrenta, diz Barros (1996).

### **Condições emocionais**

O câncer continua sendo uma doença misteriosa, em termos de comunicação e relacionamento médico-paciente. Receber esse tipo de diagnóstico mobiliza muitos sentimentos no paciente que não estava preparado para ouvi-lo. A tendência do homem é não encarar abertamente o fim de sua vida. O comunicado do médico ao paciente informando-lhe que ele é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. Para muitas pessoas na realidade, esta é uma doença fatal, mesmo que se leve em consideração ser crescente o número de curas reais ou de remissões significativas (Moraes, 1994).

O paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte, volta-se para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa, tendo em vista lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e estabelecer uma nova maneira de relacionamento com o meio e consigo mesmo (Moraes, 1994). O paciente entra em

*depressão*, e segundo a autora, a depressão pode aparecer no recebimento do diagnóstico; alguns pacientes não conseguem aceitá-lo, e não conseguindo negar a doença, vêem-se obrigados a reconhecê-la, deprimindo-se diante dos acontecimentos. A depressão pode se manifestar após a cirurgia e outros tratamentos, exigindo a cada momento, novas readaptações.

A inserção da Psicologia na área da saúde, segundo Gimenes (1994) ocorreu formalmente por volta do século XX com o trabalho de Sigmund Freud nos seus “Estúdios sobre la histeria” (Freud, 1893-95). Este trabalho destaca que muitos dos sintomas físicos dos pacientes possuem relação com os aspectos emocionais.

A não liberação de cargas emocionais intensificadas afeta o corpo da pessoa, segundo LeShan (1994). O paciente de câncer é altamente vulnerável ao sofrimento diante de uma perda afetiva. Tem sido constatado que a perda de um relacionamento afetivo geralmente antecede o desenvolvimento de uma malignidade fatal; o paciente de câncer geralmente tem dificuldades de expressar as emoções (LeShan, 1994). O autor observa que quando a raiva, a tristeza ou a preocupação não encontram uma válvula de escape, esses sentimentos afetam o corpo, e se houver uma tendência latente para desenvolver um câncer, a incapacidade para expressar seus sentimentos irá atingir o corpo em alguma parte vulnerável.

Torna-se cada vez mais claro (LeShan, 1994) que as explicações físicas - meio ambiente, infecções ou genética - não oferecem uma resposta global; um número cada vez maior de médicos e psicólogos busca informações adicionais com relação à influência do *estresse*, da personalidade, das emoções. Observou ainda que parecia haver uma correspondência geral entre o ritmo de desenvolvimento do câncer e o momento em que o indivíduo perde o senso de significado da vida.

O conceito de estresse (Gimenes, 1994) surgiu na literatura oncológica para explicar diferenças individuais no aparecimento e desenvolvimento do câncer, pois há uma multiplicidade de situações estressantes que fazem parte do estilo de vida do indivíduo sobrecarga física e emocional no dia-a-dia, perdas, hábitos alimentares, fumo e consumo de drogas.

Relacionando condições psicológicas e câncer Amaral (1994) destaca que o estresse, o desamparo, traços de personalidade e estilo de vida estariam levando a uma queda do sistema imunológico, contribuindo assim para o crescimento desordenado da doença. A autora faz referência a resultados de pesquisas realizadas por Simonton em que se constatou que níveis elevados de estresse emocional aumentam a suscetibilidade do indivíduo ao adoecer.

Essas afirmativas reforçam o pressuposto do homem integral. A doença é uma experiência e uma metáfora, uma mensagem que precisa ser ouvida e dissipada (Rodrigues e Braga, 1998). Quando os pacientes se conectam com seus sentimentos, reconhecendo-os e aceitando-os, e quando percebem que podem lidar com emoções ante o medo, podem desenvolver maior autoconfiança, quebrando o ciclo da depressão e desesperança, aumentando assim sua capacidade de lidar consigo diante das situações que enfrentam na vida. Pensamentos e sentimentos não provocam e nem curam o câncer (LeShan, 1992), mas os sentimentos afetam a química do organismo, assim como a química do corpo afeta os sentimentos, ou seja, todos os aspectos do ser humano interagem e se influenciam. Diante disto, a escuta e a continência (holding) são imprescindíveis no apoio a estes pacientes.

O trabalho em equipe multiprofissional com o paciente oncológico deve ter como focos o conforto, a dignidade e o respeito ao paciente, bem como propiciar a ele o direito de receber explicações sobre a doença e participação ativa das decisões quanto ao seu

tratamento. Assim, ele não temerá o isolamento, o abandono e a rejeição, tornando-se confiante na honestidade e na habilidade dos profissionais.

A teoria psicanalítica, diz Ribeiro (1994), auxilia ao psicólogo na compreensão da história do paciente, da família e de algumas intervenções interpretativas. A compreensão do momento como um todo e das emoções, incluindo as do profissional são imprescindíveis. Os aspectos transferenciais e contratransferenciais deverão guiar as intervenções e atuação do psicólogo e dos demais componentes de equipe multidisciplinar. As fantasias de morte, por exemplo, podem estar presentes em várias pessoas e refletirem uma percepção da realidade.

Alguns pacientes, por não quererem ser um peso para a família, não partilham de seus sentimentos, aumentando o isolamento e a depressão. Em geral os homens, como pacientes oncológicos, são mais susceptíveis ao isolamento social, mais vulneráveis a preocupações e inabilidades para o trabalho do que as mulheres. Pacientes com dor severa são mais propensos à depressão do que pacientes com pouca dor, segundo Spiegel (1994). A depressão, diz o autor, pode ser uma amplificação da experiência de dor; a dor afeta a qualidade de vida e diminui o senso de controle do paciente, tornando-o menos capaz de receber ajuda e de se beneficiar do suporte da família e dos amigos.

A relação entre as reações emocionais e as corporais não é fácil ser estabelecida com precisão pelos métodos científicos tradicionais. Galeno, médico grego do século II, “atribuía o surgimento do câncer a uma propensão à melancolia” (LeShan, 1994, p. 75). Há um século, Sir James Paget (in LeShan, 1994) referiu que são freqüentes os casos em que a ansiedade profunda, a esperança adiada e o desapontamento contribuem para o crescimento e aumento do tumor.

Chochinov (2001) refere que cada um de nós experiencia profundas emoções em resposta ao tratamento de uma doença como o câncer. As implicações e incertezas deste

diagnóstico podem intensificar emoções. O choque ou descrença encontrada na descoberta do tumor fica associado a sintomas como ansiedade, tristeza, irritabilidade, perda do sono e distúrbios no apetite. Em geral os pacientes oncológicos são vulneráveis a vários tipos de temor, como medo da inabilidade operacional, da perda prévia de posição ou função ocupacional, da perda do controle, de se tornarem dependentes e de perderem a vontade de viver. Dale (2004) alerta para os elevados índices de ansiedade de homens com este diagnóstico, destacando que a psicoterapia diminui sensivelmente estes indicadores.

A *ansiedade* pode ser definida como um estado emocional desagradável no qual existem sentimentos de perigo iminente, caracterizado por inquietação, tensão ou apreensão, segundo Kaplan e Sadock (1984). “O ambiente contém regiões de perigo e insegurança; ele pode ameaçar assim como satisfazer” (Hall Lindzey & Campbell 2000, p. 60). A causa é geralmente um conflito intra-psíquico inconsciente ou não reconhecido. A ansiedade, continuam os autores, está associada a um padrão característico de descarga do sistema nervoso autônomo, envolvendo índice de respiração alterado, marcha cardíaca aumentada, palidez, secura na boca, suor aumentado e distúrbios músculo esqueléticos, envolvendo tremor e sensações de fraqueza.

Os pacientes passam por estágios de negação e isolamento, raiva, barganha e depressão até a aceitação, como descreve Kubler-Ross (1994); e têm necessidades diferentes nos vários estágios da doença. Chochinov (2001) refere que a *depressão clínica* é relativamente comum e freqüente em pacientes com câncer, mas é uma minoria que se torna clinicamente deprimida. Em seu artigo, o autor revisa informações básicas para auxiliar a identificar riscos de uma depressão maior, inclusive riscos de suicídio. Para o autor a tristeza é uma emoção normal e esperada nos pacientes de câncer, que aos poucos vão acomodando suas circunstâncias de saúde com o suporte da família e dos amigos, e através das várias opções de tratamento podem reestabelecer algum senso de equilíbrio.

Entretanto pacientes que experienciam depressão clínica ou uma síndrome depressiva experimentam uma variedade de sintomas físicos e psíquicos do enfraquecimento das capacidades funcionais e ocupações sociais. Os fatores que aumentam o risco dos pacientes oncológicos desenvolverem depressão clínica são: história de depressão com dois ou mais episódios durante sua vida e pacientes que tem na família história de depressão ou suicídio (Chochinov, 2001).

Klopfer (1957) estudando as condições psicológicas nos portadores de câncer, com a técnica de Rorschach, encontrou simbiose entre o paciente com câncer e sua doença. Ou seja, estabeleceu correlação entre a evolução da doença com o desenvolvimento da personalidade. Observou que os pacientes mais desligados de sua realidade tinham um câncer de evolução mais lenta, enquanto que os pacientes mais dedicados à sua condição e conectados à sua realidade sofriam mais. Pacientes que já possuíam um ego frágil utilizavam suas defesas para dar sustentação ao ego, não sobrando energia para lutar contra a doença.

### **Considerações finais**

Pela revisão pode-se afirmar que foi drástico o aumento de câncer de próstata nos últimos vinte anos, graças principalmente à utilização do PSA como um marcador próstato-específico. Antes disso, os médicos dispunham do exame de toque retal, que mobiliza o sentimento de masculinidade, quer pela posição do homem durante o exame, quer pelo exame em si.

É compreensível a preocupação masculina quando há algum sintoma na próstata tendo em vista que esta é uma glândula que contribui com sua secreção para a constituição do sêmen. Dentro dela passam os dutos ejaculadores prostáticos e a uretra, da qual depende o mecanismo de contenção urinária. Pelo lado de fora da próstata se localizam

feixes nervosos e vasos sanguíneos responsáveis pela ereção. Diante disso, quando há câncer de próstata e é indicado o tratamento cirúrgico ou radioterápico; esse tratamento pode lesionar os feixes nervosos e comprometer a ereção ou levar à incontinência urinária. O comprometimento de ereção e a incontinência urinária mobilizam sentimentos de impotência e fracasso nos homens. Mesmo que a impotência seja transitória, as fantasias e temores dos pacientes refletem no enfrentamento do diagnóstico e tratamento indicado.

A partir do momento em que é identificado o câncer, a maior preocupação da equipe multiprofissional passa a ser com a vida do paciente, a começar pela informação adequada ao paciente sobre a doença em si, os riscos, o impacto da infertilidade temporária ou permanente (esterelidade) e a incontinência urinária.

O aumento da expectativa de vida e a procura de uma longevidade com qualidade têm desencadeado um interesse cada vez maior em identificar e tratar as doenças que afetam os homens. A participação da psicologia nesta área da saúde passa a ser de um trabalho em conjunto com o médico e a equipe oncológica, a partir do momento em que é reconhecido que a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais. Em alguns Centros de Tratamento de Câncer são realizados grupos de suporte ao paciente e aos familiares com sugestões de estratégias tais como ocupações e lazer para o enfrentamento da doença.

Observa-se que há maior organização no sentido de ampliar o foco da doença do paciente para os sintomas de ansiedade e depressão, tendo em vista que estes interferem diretamente no enfrentamento do diagnóstico e dos tratamentos posteriores. As incertezas deste diagnóstico intensificam emoções. A ansiedade que não pode ser controlada pelo ego se expressa como um padrão de descarga pelo diagnóstico recebido e temores de como se dará a evolução.

O gênero e a identidade masculina remetem a questões ligadas ao padrão de comportamento sexual do brasileiro e suas repercussões sobre a sexualidade diferentemente de região para região do país, de classe social para classe social, assim como de um momento histórico para outro.

A definição de o quê é próprio da natureza humana tem sofrido modificações ao longo das últimas décadas. Entretanto, persiste a concepção que ser homem em nossa cultura está relacionado à idéia de atividade sexual intensa. Além das características biológicas que promovem a diferença dos sexos, existe o gênero, as características e as significações sexuais que definem o que é ser masculino e feminino.

Estudos sobre comportamento sexual nas faixas etárias mais avançadas são escassos e por vezes elucidam pouco, talvez porque por algum tempo a atividade sexual foi socialmente aceita como uma característica do homem jovem. O ato da penetração ganha importância e a ereção passa a ser considerada como desempenho obrigatório. A maioria dos homens considera o desejo a partir do momento em que há ereção na relação. Entende-se a partir desta posição que a identidade masculina dita um olhar dirigido por esta premissa, impedindo que o homem possa desfrutar o prazer de estar em contato com outra pessoa.

O câncer é uma das doenças que mais afeta a qualidade de vida, pois traz consigo o estigma da morte incorporado à cultura humana. A qualidade de vida entendida como relação entre domínios físicos, psicológicos e sociais que são influenciados pelas atitudes, valores e saúde dos indivíduos. Então depende da capacidade que cada pessoa tem de aceitar desconforto e limitações para ter satisfação na sua vida. Quando recebe este diagnóstico o homem reage com medo de que, além de não ser curado, o câncer vá lhe trazer sofrimento, humilhação, comprometimento físico e dor. A função sexual é considerada por ele como fator essencial para a manutenção da qualidade de vida. A dor

causada por uma disfunção sexual parece ser mais incapacitante que os problemas físicos relacionados às doenças crônicas, pois a satisfação com a vida sexual reflete na satisfação com a vida de forma geral. A disfunção sexual compromete a auto-estima do indivíduo, tendo como consequência tensões emocionais individuais e conjugais.

Embora haja muita coisa a ser descoberta sobre este assunto, pode-se afirmar que o câncer afeta na qualidade de vida das pessoas. Uma abordagem mais atual considera o homem em todos os níveis do ser humano, ou seja, aspectos físicos, psicológicos, espirituais, relacionais e ambientais. Somente abordando o problema do câncer a partir do ponto de vista da pessoa que tem a doença, poderão ser mobilizados recursos mais adequados.

## REFERÊNCIAS

- Amaral, M. T. C. Vivenciando o câncer com arte. In *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno. 1994.
- Barros, N. *Desenvolvimento e Validação de Escala para avaliar Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina. 1996.
- Canto El, Nath RK, Slawin KM. Cavermap-assisted sural nerve interposition graft during radical prostatectomy. *Urol Clin North Am* 2001; 28:839-48.
- Carvalho, G. F., Smith D.S., Ramos C. G. et al Correlates of dissatisfaction with treatment in patients with prostate cancer diagnosed through screening. *J Urol* 1999; 162: 113-8.
- Carvalho, G. F. Urologia Oncológica: perspectivas para o século XXI In: *Urologia Oncológica*. Rio de Janeiro: Revinter. 2004.
- Catalona, W. J. Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer. *J. Urol.* 1994; V. 151: p. 1283-1290.
- Catalona, W. J., Carvalho G. F., Mager, D. E., Smith, D. S. Potency, continence, and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol* 1999; 162: 433-8.
- Chochinov, H. M. Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*. 2001; Vol 2.
- Clarke, P. Men living longer, healthier – still one thing on their minds. *Medical Post*. Toronto: Dec 31, 2002. Vol. 38, Num. 46; p. 27.
- I Consenso Brasileiro – Câncer de Próstata. BG Editora e Produções Culturais Ltda, 1998.
- Dale, W.; Meltzer, D.; Bilir, P. The role of anxiety in prostate cancer: a review of the literature with implications for medical decision-making. *The gerontologist*; oct 2004; 44, 1; Health module.

- Deutsch, N. Patient info on prostate câncer found to minimize treatment risks. In *Medical Post*. Toronto. 2004; Jun 1. Vol. 40, Iss. 22; p. 5.
- Epstein, J. I., Walsh, P. C., Carmichael, M. Pathologic and clinical findings to predict tumor extent of non-palpable prostate cancer. *JAMA*. 1994; v. 271: p. 368-374.
- Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. In Obras Completas de Sigmund Freud . Amorrortu editores. 5° reimpressão. 1996; Vol. II, Buenos Aires. p. 1
- Freud, S. (1923). *La organización genital infantil* (Una interpolación en la teoria de la sexualidad). In Obras Completas de Sigmund Freud. Amorrortu editores. 6° reimpressão. 1996; Vol.XIX, Buenos Aires. p. 141
- Gan, P. H., Han, M. The Natural History of Clinically Localized Prostate Cancer. *JAMA*. Chicago: May 4, 2005. Vol. 293, Num.17; pg.2149, 3 pgs.
- Gimenes, M. G. G. Definição, foco de estudo e intervenção. In *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno, 1994, cap. II, p. 35.
- Giovannucci, E., et al. A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer. *J.Natl Cancer Inst* 1993a; 85: 1571.
- Gomes, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003; vol. 8 n° 3, Rio de Janeiro.
- Gronberg, H. Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 2003; 361: 859-64.
- Haley, L. Cryosurgery for prostate CA improves quality of life. *Medical Post*. Toronto: oct 14, 2003. Vol. 39, Num. 37; p.75.
- Hall, C.; Lindzey, G. & Campbell, J. *Teorias da Personalidade*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- Hanahan, D., and Weinberg, R.A. The hallmarks of câncer. *Cell*100. 2000; p. 57-70.
- Harrod, H. L. An essay on desire. *JAMA*. Chicago: Feb 19, 2003. Vol. 289, Num.7; pg 813, 2 pgs.

- Hodgson, N. *An explanatory model of variables influencing the quality of life in older adults with câncer*. Dissertation at University of Pennsylvania, United States. 1999.
- Howard, David K. *Leisure in the lives of older men: Coping and adaptation following prostate câncer diagnosis and treatment*. Dissertação de Mestrado, University of Florida, 2004; 234 pages.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa. Disponível no site [www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa).
- Johannes, C. B., Araujo, A.B., Feldman, H. A., Derby, C. A., Kleinman, K, McKinlay, J. B. “Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study” in *The Journal of Urology*. 2000; Vol.163, p. 460-463.
- Johansson, Jan-Erik; Andren, O.; Andersson, S. O.; Dickman, P. Et al. Natural History of Early, Localized Prostate Cancer. *Jama*. Chicago. 2004; Vol.291, Num 22, p. 2713.
- Kaplan, H. & Sadock, B. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1984.
- Klopfer, B. Psychological variables and human cancer, in *J Proj Tech*, 1957, 21:331-340.
- Kovács, M. J. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In *Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus. 1998; cap. III, p. 159.
- Küber-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer*. (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. 1994
- LeShan, L. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. São Paulo: Summus, 1994.

- Lintz, K.; Moynihan, C.; Steginga, S.; Norman, A.; Eeles, Ros; Huddart, R.; Dearnaley, D. & Watson, M. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology*. 2004; Vol 12 (8).
- Litwin, M. S., McGuigan, K. A., Shpall, A. I. Recory of health related quality of life in the year after radical prostatectomy. Early Experience. *J. Urol*. 1999; v. 161: p. 515-519.
- Macdonagh, R. Quality of life and its assessments in urology. *Br. J. Urol*. 1996. V.78: 485-496.
- McCammon, K. A., Kolm, P., Main, B., Schellhammer, P. F. Comparative Quality of Life Analysis after Radical Prostatectomy or External Beam Radiation for Localized Prostate Cancer. *Urology* 1999. v. 54: p. 509-516.
- Moraes, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno, 1994, cap. II, p. 57.
- Mota, M. P. *Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em tempos de AIDS*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos e Projetos em Comunicação, Escola de Comunicação. 1996.
- Narod, S. Genetic epidemiology of prostate cancer. *Biochem Biophys Acta* 1999; 1423: 1-13.
- National Comprehensive Câncer Network –NCCN(2001) [.http://www.nccn.org/patient\\_gls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp](http://www.nccn.org/patient_gls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp), site acessado em 17/10/2004 às 22h30.
- NCI – National Cancer Institute. A Snapshot of Prostate Cancer. Disponível no site [www.cancer.gov/cancer\\_topics/types/prostate](http://www.cancer.gov/cancer_topics/types/prostate). Acessado em 08/08/2005 às 22h.
- Papsidero, L. D., Wang M.C., Valenzuela, L. A., et al. A prostate specific antigen in sera of prostate cancer patients. *Cancer Res* 1980; 40: 2428.

- Partin, A.W., Yoo, F., Carter, H.B., Pearson, J.D. The use of prostate specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *J. Urol.* 1993; V. 150: p. 110-114.
- Pentz, M. Older adults with câncer: resiliense and its connection with social support and spirituality-faith. *The Gerontologist.* Washington: oct 2002, vol. 42.
- Potosky, A; Harlan, L.; Stanford, J.; Gilliland, F. et al. Prostate câncer practice patterns and quality of life: the Prostate Câncer Outcomes Study. *Journal of the National Câncer Institute.* 1999; Vol. 91, nº 20.
- Ribeiro, E. M. O paciente terminal e a família. In *Introdução à Psicooncologia.* São Paulo: Livro Pleno. 1994; cap. IV, p. 197.
- Risko, A., Fleischmann, T., Molnar, Z., Schneider, T. e Varady, E. Influence of the pathological psychological state of cancer patients on their decisions. *Support Care Cancer.* Jan; 1996; 4 (1): 51-5.
- Rodrigues, J. & Braga, E. Cuidando do cuidador. In *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o Viver.* São Paulo: Summus, 1998; cap. I, p. 52.
- Rosenfeld, B., Roth, A., Gandhi, S., Penson, D. Differences in health-related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer In *Psycho- Oncology.* 2004; 13, p.800-807.
- Saunders, C. Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach. *London,* Edward Arnold. 1991.
- Schover, L. R., Fouladi, R. T., Warneke, C. L., Neese, L., Klein, E. A., Zippe, C., Kupelian, P. A. Seeking help for erectile dysfunction after treatment for prostate cancer. *Archives of Sexual Behavior.* New York: Oct 2004. Vol.33, Num. 5; p.443.
- Spiegel, D.; Sands, S. & Koopman, C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer;* 1994; 74: 2570.

- Telöken, C. Estímulo à prevenção e quebra de tabus. *Santa Casa Notícias*, ano 19 número 106; abril/junho de 2005.
- Walsh, P. C.; Marschke, P.; Ricker, D. & Burnett, A. L. Use of intraoperative video documentation to improve sexual function after radical retropubic prostatectomy. In *Urology*. 2000; 55 (1).
- Wroclawski, E. R. e Ortiz, V. *Impotência sexual: sempre há uma solução*, São Paulo, Alegro. 2003.
- Wroclawski, E. R. e Ortiz, V. *Doenças da Próstata*, São Paulo, Alegro. 2003.
- Yan, Y., Carvalhal, G. F., Catalona, W.J., Young, J.D. Primary treatment choices for men with clinically localized prostate carcinoma detected by screening. *Câncer*. 2000;88: 1122-30.

### **III ARTIGO EMPÍRICO: DEPRESSÃO, ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA E A TÉCNICA DE RORSCHACH EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

**Ana Cristina A. Tofani  
Cícero E. Vaz**

**Periódico:  
REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA**

#### **RESUMO**

Este trabalho procurou investigar características de personalidade de pacientes de câncer de próstata por meio do Rorschach e da Escala de Qualidade de Vida (QV). Participaram da pesquisa 60 homens com idades entre 48 e 83 anos divididos em dois grupos. O grupo 1 foi composto por 30 pacientes com câncer de próstata, enquanto que o grupo 2 foi constituído de 30 não pacientes. Para comparação dos dados entre os grupos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para diferença de médias, e o coeficiente de Correlação de Pearson entre as variáveis do Rorschach e algumas questões de bem-estar físico e emocional da Escala de Qualidade de Vida (QV). Os resultados indicam que portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de autoconfiança diminuída, com o aumento do sentimento de insegurança e da auto-percepção como homens, além de impotentes, inúteis.

Destaca-se como característica de personalidade a depressão com prejuízo nos processos de associação, no funcionamento do pensamento lógico e empobrecimento geral de suas capacidades. As informações coletadas confirmam a necessidade do bom relacionamento médico-paciente, especialmente no ato da comunicação do diagnóstico ao paciente assim como nos próximos atendimentos.

Palavras-chave: Rorschach; Câncer de Próstata; Depressão; Ansiedade; Sexualidade Masculina; Trabalho.

## ABSTRACT

This work aimed to investigate personality characteristics of patients with prostate cancer by the use of the Rorschach and the Quality of Life Scale (QV). Sixty men has participated of the research with ages from 48 to 83 years old, divided into two groups. Group 1 was composed by thirty patients with prostate cancer, while group 2 was composed by thirty non-patients. For the comparison of data between the two groups it was used the U of Mann-Whitney test for the difference of mean study, and the Pearson Correlation coefficient among the Rorschach variables and some questions of physical and emotional well being of Quality of Life Scale (QV). The results point out individuals with prostate cancer showed indicatives of diminished self-esteem, and increase of the feeling of insecurity, and the self perception as men that are, beyond impotent, useless.

It is highlighted as a characteristic of personality the depression with prejudice in the processes of association, in the functioning of logic thought, the general decrease of their capacities. The data confirmed the necessity of a good doctor-patient relationship, specially in the act of the communication about the diagnostic to the patient as well as in the next meetings.

Key words: Rorschach; Prostate Cancer; Depression; Anxiety; Masculine Sexuality; Work.

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino no Brasil.<sup>1 2</sup> Estudos de autópsia demonstram que 30% dos homens com mais de 50 anos podem ter esse tipo de câncer, porém só uma pequena porção desses tumores se torna clinicamente significativa. A seleção do tratamento para o câncer de próstata depende da combinação de um número de fatores que incluem a idade do paciente, a expectativa de vida, o estadiamento do câncer, a comorbidade, e a qualidade de vida que inclui aspectos relacionados à incontinência urinária, potência sexual e estresse.<sup>3 4 5</sup> O câncer restrito à próstata é progressivo quando não tratado, sendo grave e letal nos pacientes jovens ou com tumores indiferenciados e com menor agressividade biológica nos pacientes idosos ou com tumores bem diferenciados.<sup>4</sup>

Entre as medidas preventivas ressalta-se o toque retal. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer<sup>1</sup>, o homem tem um grande preconceito em relação ao toque retal. Apesar de ser uma medida de baixo custo, esse procedimento se transformou num tabu porque mexe com o imaginário masculino, não por falta de informações acerca da efetividade desta medida, mas porque fazer o toque retal pode mobilizar no homem o medo de ser tocado em “uma zona proibida”. Pode ser medo de dor física ou simbólica, ou medo de ter ereção, entre outros. Mesmo que o homem não sinta dor, experimenta no mínimo o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado.

No imaginário masculino a ereção pode estar associada ao prazer, e não consegue imaginá-la como uma reação fisiológica. Com isto muitos homens temem a possibilidade de a ereção ser interpretada por quem o toca como um indicador de prazer. Outro ponto é que para o processo ser menos evasivo é necessário que o homem fique descontraído, neste caso alguns homens temem ser interpretados que o toque nessa parte seja algo comum ou prazeroso. Gomes<sup>6</sup> refere que mesmo para os homens que conseguem aceitar

racionalmente o toque retal, não pode ser descartada a possibilidade de essa situação lhes causar constrangimentos conscientes.

A incidência de câncer de próstata triplicou no período de 1986-1996. O desenvolvimento do antígeno prostático específico PSA permitiu a detecção precoce da doença, aumentando a possível longevidade masculina.<sup>7</sup> O aumento da próstata se faz lentamente. Os primeiros sintomas demoram a aparecer. Daí a importância do toque retal mesmo que o homem esteja se sentindo bem e não apresente problemas urinários. O valor normal do PSA é até 4ng/ml. Entretanto este valor deve ser ajustado à idade e ao volume da glândula.<sup>4 2</sup>

Tomar conhecimento do diagnóstico de câncer é um fato muito estressante para os pacientes e seus familiares que podem ficar ansiosos, se deprimir, e se mostrarem estressados.<sup>8 9</sup>

### **Depressão e ansiedade**

É recente o interesse pela investigação das relações existentes entre fatores emocionais e a incidência do câncer de próstata e sua evolução. Dentre esses fatores destacam-se a depressão e ansiedade. Freud<sup>10</sup> diz que o melancólico se singulariza por diminuição de sua auto-estima e empobrecimento de seu ego. O sentimento de inferioridade é o inverso da auto-estima; tem origem na perda de recursos internos e no fracasso para reações compensatórias. É uma tentativa de restituir imaginariamente uma representação de si mesmo identificada com o ideal para salvaguardar a auto-estima. Bégoïn<sup>11</sup> sugere que os sentimentos depressivos são sentidos como estando contidos nas partes femininas da personalidade, porque são identificados com a mãe que contém a ansiedade e depressão primitivas dos bebês.

Simonton<sup>12</sup> pesquisando em radioterapia observou que pacientes com um mesmo diagnóstico e prognósticos médicos tinham evoluções diferentes, pois uns viviam mais do que outros. Pacientes com melhor evolução manifestavam um desejo de não querer morrer e uma espécie de projeto inacabado em andamento que os prendia à vida. Os que se mostravam deprimidos, com profunda apatia e desistência diante da vida evoluíram positivamente; alguns deles afirmavam querer viver, mas adotavam atitudes contraditórias em relação a esta afirmação, mantendo hábitos e estilos de vida pouco saudáveis.<sup>12</sup> Os pacientes que evoluíram melhor tinham como característica achar que de alguma forma podiam influenciar o curso de suas doenças. Adotavam uma atitude muito mais ativa em relação às suas vidas, em relação à doença e aos tratamentos médicos. Eram pessoas mais participativas e não viam o processo de cura como algo a que deveriam se submeter passivamente, mas como algo de que podiam participar de forma ativa. Segundo o autor, aspectos de personalidade e estados emocionais influenciavam sobre condições físicas do paciente e que era necessário considerá-lo como um todo.

Para alguns autores existe relação entre repressão dos sentimentos e câncer, e também a hipótese da perda relacionada à depressão.<sup>13 14</sup> Nuzzo e Chiari,<sup>15</sup> baseados em revisão da literatura do século XVIII e XIX, comentam que a melancolia e a tristeza antecedem a doença do câncer. Eles destacam a ênfase que pesquisas contemporâneas têm dado ao papel da depressão sofrida imediatamente por uma pessoa após a separação de outra muito querida, ou após a perda de um objetivo de vida.

Pennix, Guralnik, Pahor, Ferrucci, Cerhan, Wallace, & Havlik<sup>16</sup> realizaram um estudo prospectivo por três anos em 4825 pessoas (1708 homens e 3117 mulheres) acima de 71 anos e concluíram ser grande o risco de o câncer surgir correlacionadamente ao humor deprimido, uma das características da depressão. Para os autores a depressão pode aumentar a probabilidade de o homem desenvolver o câncer pela perda de atividade física,

consumo excessivo do álcool e distúrbios alimentares. O medo do diagnóstico de câncer pode gerar ansiedade e depressão. Thomas & Weiss<sup>17</sup> referem que o ciclo ansiedade e depressão intensificam a percepção de dor e de perda do controle.

Breitbart<sup>18</sup> destaca o valor do suporte terapêutico mesmo que como cuidado paliativo nos casos de doença terminal, principalmente em função da depressão e do sentimento de desesperança e inutilidade. A depressão é um sintoma freqüente em pacientes de câncer avançado, em fase de cuidados paliativos, e necessitam<sup>19</sup> uma equipe especializada para identificar o que é uma tristeza do que é uma doença depressiva. Flaughner<sup>20</sup> aponta em sua dissertação os benefícios da música em casos de dor, ansiedade e depressão nos indivíduos portadores de câncer.

Em estudo longitudinal, utilizando o Rorschach com 22 participantes, Belk<sup>21</sup> observou que os pacientes com câncer eram pessoas mais envolvidas interpessoalmente, mais auto centradas e menos exatas em comparação com as participantes, sem câncer. A autora destaca que o nível de estresse é elevado. Hartmann, Wang, Berg & Saether,<sup>22</sup> realizaram um estudo associando as variáveis do Rorschach com distúrbios depressivos, em que foi possível identificar sérios déficits nas características de personalidade e na cognição de indivíduos que possuíam o diagnóstico de depressão maior pelo DSM IV.

Como constructo da personalidade, a auto-estima age em estados emocionais depressivos ou maníacos e constitui-se elemento fundamental na formação da identidade.<sup>23</sup> As expectativas de futuro estão diretamente influenciadas pelas oscilações de auto-estima. A baixa auto-estima leva à autocrítica e rejeição severa, sentimento de inferiorização, auto-reprovação, intensa idealização de um objetivo e maior sensibilidade a críticas, elogios e necessidade de aprovação social.<sup>23</sup>

Considerando aspectos de medidas preventivas Sunga et al.<sup>5</sup> escrevem sobre a importância dos cuidados com os sobreviventes do câncer, observando a renovação dos

exames para controle médico e os efeitos colaterais dos tratamentos realizados principalmente sobre a imagem corporal e a sexualidade.

A masculinidade conforme é vivida nas diferentes culturas, é algo que se constrói ao longo do tempo. Os sinais de diminuição de virilidade que são decorrentes do declínio da função testicular como diminuição da libido, queda do cabelo, perda de massa muscular e vigor físico, insônia e nervosismo ocorrem pelo declínio de seu hormônio sexual circulante e como consequência altera sua qualidade de vida.<sup>24</sup>

Pesquisadores do Canadá,<sup>25</sup> estudaram 327 pacientes e concluíram que a insônia é um sintoma frequentemente associado ao câncer de próstata, podendo ocorrer independente da ansiedade e depressão, podendo ser influenciado pela presença de sintomas físicos e psicológicos. Cukier<sup>26</sup> define o dormir como um estado produzido pelo surgimento de uma pulsão de dormir, de caráter filogenético, cotidiano e alternante. É semelhante ao regresso à vida intra-uterina que procura ausência de estímulos. O dormir, cuja importância maior é restabelecer os ritmos intracorpóreos, é um processo eficaz que permite criar as condições necessárias para restabelecer o mecanismo de alteração interna anterior à ação específica.

### **Sexualidade masculina, trabalho e qualidade de vida**

De modo geral, não se pode falar sobre os homens e sobre masculinidade sem considerar o contexto sócio-cultural, educativo e a dinâmica inconsciente entre outras variáveis. O bebê do sexo masculino tem que percorrer um trajeto de vida para completar a formação de sua identidade. O menino passa por um trabalho psíquico para transformar sua masculinidade anatômica em uma masculinidade psíquica para alcançar a psicosexualidade masculina, assim como sua capacidade de trabalho.

No trabalho de “El creador literário y el fantaseo”, Freud<sup>27</sup> salienta que a maioria dos seres humanos cria fantasias em épocas de suas vidas que são desejos ambiciosos e servem à exaltação da personalidade.

Em 1930 referindo-se ao trabalho, Freud<sup>28</sup> escreveu “El mal estar en la cultura”, que nenhuma outra técnica de condução de vida liga o indivíduo à realidade como a insistência no trabalho, e que a possibilidade de deslocar sobre estes sentimentos libidinosos, narcisistas e agressivos lhe conferem um valor indispensável para afiançar e justificar a vida em sociedade. A atividade profissional pode promover uma satisfação particular quando eleita livremente, ou quando são utilizadas sublimações.

Cukier<sup>26</sup> escreve sobre o trabalho ligado a uma forma genuína de tramitação pulsional, esclarecendo que mesmo que falhe a inserção laborativa, o trabalho continua toda a vida como alternativa para saídas criativas. O autor relaciona o trabalho ao poder, e o trabalho psíquico deste ligado ao poder interior, que pode promover bem-estar. E, se vinculado ao prazer de resgatar capacidades não desenvolvidas pode ser um processamento pulsional que pode alcançar sua tramitação nos hobbies de acordo com os valores de cada pessoa.

A diferença biológica entre os corpos masculino e feminino pode ser estudada como uma diferença socialmente construída entre os gêneros e através da divisão de trabalho. A natureza ativa do homem representada por seu corpo e por seus movimentos no ato sexual lhe permitiu o direito de eleger-se como o dominador.<sup>29</sup> O significado atribuído ao pênis no seu papel fertilizador, que carrega a força criativa e o poder assegura ao homem a posição dominante em relação à mulher, extensiva às suas relações sociais. Neste papel de dominador o homem tem que provar sua virilidade durante a vida de diversas maneiras. A virilidade em seu sentido amplo é o que lhe dá honra e reconhecimento, mas também está associada à agressividade. A autora pondera que para a construção deste

homem viril é necessário excluir o que possa ser visto como característica feminina; há, portanto, uma luta constante para negar e rechaçar as vivências emocionais.

Foi realizada pesquisa homens com idade situada entre 48 e 83 anos, com maior concentração entre 62 e 74, considerada faixa dos idosos. Moraes & Souza<sup>30</sup> realizaram um estudo com 400 idosos e obtiveram como resultado que a saúde percebida (boa ou muito boa) e crenças pessoais dadas à vida são fatores que influenciam o envelhecimento bem-sucedido. Nesse trabalho os autores relatam que a desesperança e a depressão quando presentes reduzem em 30% a qualidade de vida. Um dos resultados da análise dos dados obtidos<sup>31</sup> sugerem que a dimensão psicológica e social influi na dimensão física de bem-estar. Giacomoni<sup>32</sup> aponta o lazer e o trabalho como variáveis com elevada interferência no bem-estar subjetivo. A longevidade é aumentada pela auto-percepção positiva.<sup>33</sup>

Considerando a importância da qualidade de vida, alguns autores<sup>34</sup> escrevem sobre a importância de que a detecção e o tratamento do câncer de próstata seja realizado sem métodos invasivos. Litwin, McGuigan & Shpall,<sup>35</sup> descrevem que diante das opções de tratamento o principal objetivo dos pacientes é preservar qualidade de vida. A atenção deve ser sobre a qualidade e não sobre quantidade de vida.<sup>31 36</sup> A incontinência e a impotência afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de próstata.<sup>37</sup> Neste sentido Rosenfeld et al.<sup>38</sup> destacam que o estágio avançado de câncer está associado a uma pobre qualidade de vida, esta associação não ocorre somente em função da ansiedade e depressão, mas principalmente em função da incontinência urinária.

Muitos pacientes querem conhecer o prognóstico do caso e tomam as decisões considerando a qualidade de vida.<sup>39 40</sup> Muitos fatores afetam o prognóstico tais como: tipo e localização do câncer, estágio da doença, idade do paciente, saúde geral e resposta ao tratamento do tumor.

Barros<sup>41</sup> afirma que as dimensões que integram o conceito são de difícil mensuração, e que um método confiável e consistente para medir qualidade de vida deveria basear-se em informações advindas dos próprios pacientes e não de seus médicos e enfermeiros. Nos casos de pacientes oncológicos a medida da qualidade de vida demonstra diferenças de resposta dos pacientes frente a tipos específicos de câncer para avaliar o alívio dos sintomas e os benefícios da intervenção terapêutica. O autor validou uma escala que leva em consideração a qualidade de vida de uma forma global.

Eventos associados ao câncer de próstata e o conseqüente tratamento da doença provocam sintomas físicos que apresentam um impacto negativo na qualidade de vida.<sup>42</sup>

### **OBJETIVO E HIPÓTESES**

O objetivo desta pesquisa é efetuar um estudo sobre alguns aspectos da personalidade, por meio da técnica de Rorschach, e qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de próstata (G1) comparativamente a um grupo controle (G2) com as seguintes hipóteses alternativas de trabalho:

H1 - Homens portadores de portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de autoconfiança diminuída em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H2 - Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de depressão em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H3 - Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de ansiedade em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

H4 - Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de baixa capacidade para enfrentar situações tensionantes em índice maior do que os homens sem esta disfunção.

## MÉTODO

### Amostra

É feito um estudo comparativo correlacional quanto a alguns aspectos da personalidade e à qualidade de vida de pacientes portadores de câncer de próstata que vinham, por ocasião da testagem, em atendimento num hospital-escola de Porto Alegre e homens sem este diagnóstico.

A amostra se constituiu de dois grupos: Grupo 1 (G1) 30 pacientes, homens portadores de câncer de próstata, idade de 48 a 83 anos, sem outra moléstia orgânica ou psíquica e Grupo 2 (G2) com 30 homens, não pacientes, sem o diagnóstico de câncer de próstata e outra moléstia orgânica ou psíquica. O pareamento entre os sujeitos do G2 com o G1 se fez por faixa etária, estado civil e condições sócio-econômicas.

### Instrumentos

a) *Técnica de Rorschach*. Para avaliar as condições de personalidade foi utilizado o método de Rorschach. Trata-se de uma técnica projetiva elaborada por Hermann Rorschach em 1918 na Suíça. O sistema de classificação adotado neste estudo foi o de Bruno Klopfer, com adaptação de Vaz.<sup>43</sup> As variáveis do Rorschach e sua frequência utilizadas para o estudo comparativo entre os dois grupos (Hipóteses alternativas 1, 2, 3 e 4) de participantes são: determinante Cor Acromática (FC', C'F, C') como indicador de depressão; aumento do tempo de reação no cartão V e perseveração de conteúdo como indicativos de baixa autoconfiança; a frequência de espaço branco(S); Determinantes sombreado radiológico (Fk, kF, k) e Sombreado perspectiva e profundidade (FK, KF, K) para avaliar a ansiedade e capacidade para enfrentar situações tensionantes.

b) *Escala QV*. Para avaliar aspectos da qualidade de vida foi utilizada a escala de Ferrel, Wisdom e Wiezl<sup>44</sup> traduzida, adaptada para a língua portuguesa e validada por Barros,<sup>41</sup> com o nome *Escala QV*. Esse instrumento é constituído de 23 questões com quatro opções de resposta e 2 questões adicionais com cinco opções de resposta. Apresenta itens relacionados a aspectos físicos, psicológicos e sociais e um (1) especificamente relacionado à crença religiosa.

### **Procedimento**

O projeto de pesquisa, após ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e ter atendido às normas legais, foi executado em um Hospital de Câncer de Porto Alegre. Foi aplicado primeiramente o Rorschach em cada participante, e logo depois o questionário, pela própria pesquisadora.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a aplicação dos instrumentos foi realizada a classificação das Localizações, dos Determinantes e Conteúdos dos protocolos do Rorschach, aplicado em 30 pacientes com câncer de próstata e 30 participantes sem este tipo doença. O trabalho de classificação foi feito às cegas, sucessivamente por um primeiro e um segundo classificador, devidamente treinado para essa tarefa, integrantes do Grupo de Pesquisa Personalidade, Cultura e Técnicas Projetivas da PUCRS.

Na análise estatística foram utilizados, por meio do SPSS v 12.0, o teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os dois grupos, e o coeficiente de Correlação de W de Pearson para o estudo correlacional quanto às variáveis do Rorschach e algumas Questões da Escala de Qualidade de Vida.

Serão apresentados em seguida: os dados descritivos nas Tabelas 1A e 1B contendo os elementos básicos gerais para o tratamento estatístico e o estudo sobre as 4 hipóteses alternativas com a respectiva discussão, assim como as conclusões.

**TABELA 1A**  
**Estatística descritiva: Determinantes do Rorschach de pacientes com câncer de próstata (n=30) e Grupo controle (n=30)**

Grupos		C', C'F, FC'	FC'	C'F	C'	S combinat	K + KF + FK	FK
Pacientes com câncer de próstata	Soma	24	6	10	8	13	11	5
	Media	,80	,20	,33	,27	,43	,37	,17
	DP	1,562	,484	1,155	,907	,971	,615	,461
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	6	2	6	4	4	2	2
	N	30	30	30	30	30	30	30
Controle	Soma	3	3	0	0	5	16	9
	Media	,10	,10	,00	,00	,17	,53	,30
	DP	,305	,305	,000	,000	,461	,776	,750
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	1	1	0	0	2	3	3
	N	30	30	30	30	30	30	30
Total	Soma	27	9	10	8	18	27	14
	Media	,45	,15	,17	,13	,30	,45	,23
	DP	1,171	,404	,827	,650	,766	,699	,621
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	6	2	6	4	4	3	3
	N	60	60	60	60	60	60	60

**TABELA 1B**  
**Estatística descritiva: Fenômenos especiais do Rorschach de pacientes com câncer de próstata (n=30) e Grupo controle (n=30)**

Fenômenos especiais Grupos		Perseveração	Sent Incapacidade	Cartões mais rejeitados			
				IV	VI	VII	IX
Pacientes com câncer de próstata	Soma	29	41	6	6	6	6
	Media	,97	1,37	,20	,20	,20	,20
	DP	1,903	1,712	,407	,407	,407	,407
	Mínimo	0	0				
	Máximo	6	5				
	N	30	30	30	30	30	30
Controle	Soma	1	18	2	4	4	3
	Media	,03	,60	,7	,13	,13	,10
	DP	,183	,968	,254	,346	,346	,305
	Mínimo	0	0				
	Máximo	1	3				
	N	30	30	30	30	30	30
Total	Soma	30	59	8	10	10	9
	Media	,50	,98	,13	,17	,17	,15
	DP	1,420	1,432	,343	,376	,376	,360
	Mínimo	0	0				
	Máximo	6	5				
	N	60	60	60	60	60	60

1. Confirmou-se a hipótese alternativa: *homens portadores de câncer de próstata (G1) apresentam indicativos de autoconfiança diminuída em índice maior do que os homens sem esta disfunção (G2)*. Observa-se que o G1 apresenta elevado número de respostas com *perseveração de conteúdo* (média .97) em comparação com o grupo 2 (média .03) conforme Tabela 2. Este fenômeno se caracteriza pela repetição do mesmo conteúdo em três cartões sucessivos do Rorschach.<sup>43</sup> Passalacqua e Gravenhorst<sup>45</sup> e Portuondo<sup>46 47</sup> observam que as pessoas deprimidas são levadas a este processo de perseveração pela inércia de seu pensamento e limitações de seus interesses. As pessoas ansiosas e deprimidas, segundo Sousa<sup>48</sup> expressam auto-depreciação e dúvida na linguagem, pois estando bloqueados os processos associativos, eles pensam com dificuldade e são vítimas de sentimentos de insuficiência e de inadequação intelectual. Freud<sup>10</sup> e Caminha<sup>23</sup> ao descreverem a diminuição da auto-estima do deprimido referem que o sentimento de inferioridade se origina na perda de recursos internos. Por outro lado, aparecem, embora sem diferença estatística nos pacientes (G1), por isso não consta na tabela, verbalizações com o *fenômeno especial simetria*, indicador de insegurança interna; é a busca de uma realidade que lhe propicie segurança e auto-suficiência.<sup>45 47</sup>

TABELA 2

**Estatística comparativa: Sentimento de incapacidade e perseveração presentes nos pacientes com câncer de próstata e nos participantes do grupo controle**

	Grupos	N	Média	DP	Sig
Sentimento de incapacidade	Pacientes com câncer de próstata	30	1.37	1,712	.05
	Controle	30	.6	,968	
Perseveração	Pacientes com câncer de próstata	30	,97	1,903	.01
	Controle	30	,03	,183	

2. Confirmou-se a hipótese alternativa: *o Grupo 1 (G1) apresenta indicativos de depressão em índice maior do que os homens sem esta disfunção*. O determinante cor acromática (FC', C'F, C'), indicador de depressão, aparece no G1 em índice médio superior ao do G2 (G1= .80 e G2= .10, Tabela 1A) com nível  $p= 0,000$  conforme Tabela 3.

TABELA 3

**Estatística comparativa: Espaço branco (S), Forma precisa (F+), Cor acromática (FC', C'F, C') do Rorschach de pacientes com câncer de próstata (n=30) e nos participantes do grupo controle (n=30)**

	S	F+-	M+, M-, M+-	C', C'F, FC'	C'F	C'
M- Whitney U	401.500	365.000	244,000	351,000	390,0	405,0
Wilcoxon W	866.500	830.00	709,000	816,000	855,0	870,0
Z	-1.064	-1.264	-3,228	-2,097	-2,051	-1,761
Sig. Bicaudal	.287	.206	,001	,036	,040	,078

As respostas em que a pessoa inclui o preto e/ou o cinza da mancha, consideradas acromáticas, são classificadas como FC', ou C'F, ou C' <sup>49 50 46 47 51 48 43</sup> conforme a combinação com a forma, ou sem essa combinação. As respostas de cor acromática são interpretadas<sup>43</sup> como “tendência de a pessoa evitar estímulos que possam mobilizar no examinando reações emocionais e sentimentos para o mundo exterior” (p.94). Para Portuondo; <sup>47</sup> Adrados<sup>49</sup> e Vaz<sup>43</sup> as respostas acromáticas indicam cautela afetiva e depressão; Adrados<sup>49</sup> acrescenta ainda que estas respostas também têm relação com sentimentos de inferioridade, inadequação afetiva e ansiedade. Além disso, continua Vaz, <sup>43</sup> respostas de tipo FC', C'F e C' indicam depressão como traço de personalidade e não apenas como reações depressivas transitórias. Pode ser considerado de bom prognóstico a presença de 1FC' num protocolo de Rorschach desde que o índice de F+ e M não seja baixo, que FC' não seja menor do que a soma C'F+C' e não haja sentimentos de incapacidade como fenômeno especial. Donde, pode-se inferir que a depressão presente no grupo dos pacientes com próstata oncológica é comprometedora.

As respostas com F+% revelam o pensamento lógico em seu aspecto de precisão, coerência e organização.<sup>46 47 51 48 43</sup> Segundo Klopfer<sup>50</sup> as respostas de forma revelam o papel que o controle intelectual ou consciente desempenha no equilíbrio emocional total da personalidade. Constata-se neste grupo correlação negativa entre F+ e as respostas acromáticas (FC', C'F, C'), conforme Tabela 4; ou seja, diminuição do funcionamento adequado do pensamento lógico associado ao aumento da depressão como traço de personalidade.

TABELA 4

Correlações entre condições depressivas (C',C'F,FC'), Funcionamento do pensamento lógico (F+) e Desempenho (Rorschach) de pacientes com câncer de próstata

		C',C'F,FC'	F+	Resposta
C',C'F,FC'	Coorelação de Pearson	1	-,289(*)	,036
	Sig. (unicaudal)	.	,013	,392
	N	60	60	60
F+	Coorelação de Pearson	-,289(*)	1	,792(**)
	Sig. (unicaudal)	,013	.	,000
	N	60	60	60
Resposta	Coorelação de Pearson	,036	,792(**)	1
	Sig. (unicaudal)	,392	,000	.
	N	60	60	60

\*Sig. 0.05

\*\* Sig 0.01 .

Os dados obtidos nesta amostra confirmam a revisão da literatura quanto ao quadro depressivo do paciente oncológico.<sup>13 14 16</sup> O elevado número de respostas com *sentimento de incapacidade* indica que diante dos cartões as pessoas apresentam bloqueio do processo associativo, são vítimas do sentimentos de incapacidade e de insegurança<sup>43</sup> chegando a expressar verbalizadamente “não posso”, “não dá para falar nada nessa mancha”!

A disposição deprimida diminui o número de respostas de movimento humano (M+, M-, M+-) e o número de respostas de cor cromática (FC) de boa qualidade (Tabela 3). Muitos autores<sup>49 47 51 48 43</sup> concordam com esta posição, pois as pessoas deprimidas estão com a vida interior, a imaginação, a sensibilidade e a capacidade de relacionamento sob controle constritivo. Pode-se dizer que elas se sentem seguras dentro de suas normas de vida rigidamente estabelecidas num clima de monotonia em função da doença. Klopfer<sup>50</sup> acrescenta que a falta de respostas de movimento humano indica repressão do uso da imaginação.

3. Confirmou-se a hipótese alternativa: *Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de ansiedade em índice maior do que os homens sem esta disfunção.* O G1 apresenta espaço branco (S), indicativo de ansiedade situacional em índice médio mais elevado que o G2 (G1= .43 e G2= .17); com nível de significância de  $p=0,01$  (Tabela 3, p.92).

O espaço branco é a expressão dos sentimentos de insegurança, de desprazer, da tensão diante da barreira a ser transposta, é a expressão da ansiedade situacional do examinando.<sup>43</sup> Adrados<sup>49</sup> referindo-se à estereotipia de respostas aponta esta como uma proteção provocada pela ansiedade, porque às vezes, uma rigidez do pensamento, ao mesmo tempo que bloqueia as potencialidades intelectivas, protege as relações interpessoais, evitando uma conduta espontânea que poderia trair a fragilidade e ansiedade interna.

4. Não se confirmou a hipótese alternativa: *Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de baixa capacidade para enfrentar situações tensionantes em índice maior do que os homens sem esta disfunção.* Era esperado que os índices das respostas sombreado perspectiva (K, K+KF) aparecessem significativamente mais elevado no G1 do que G2; os resultados médios K = .03 e .30 no G1 e no G2

respectivamente,  $K+KF = .37$  e  $.53$  no G1 e G2 respectivamente não indicam diferença significativa

Chama atenção o fato de os pacientes portadores de câncer de próstata não estarem trabalhando, ou porque haviam se aposentado ou porque se aposentaram em função da doença. Já os homens do grupo controle trabalhavam. A revisão da literatura permite afirmar que o trabalho liga o indivíduo à realidade, relaciona-se ao poder e tem sido um indicador de qualidade de vida. Santos<sup>52</sup> descreve estudos em sua tese de que a ansiedade é mais elevada em pessoas que não desenvolvem nenhum tipo de atividade com objetivos na vida. Em sua pesquisa a autora constatou, no grupo de idosos com envelhecimento bem-sucedido, ser baixa a incidência de depressão como traço de personalidade.

Foi encontrada correlação entre depressão como traço de personalidade avaliada por meio do Rorschach e as questões pertinentes

- ao bem estar emocional do QV: 12 e 16
- ao bem estar físico do QV: Questões 5 e 8

No que diz respeito a depressão e bem-estar emocional da Escala de Qualidade de Vida (QV) foi constatado que:

a) Existe correlação negativa entre a variável C' do Rorschach e a questão 12 que diz "Você está preocupado com coisas que deixou de fazer?" (Pearson  $-.270$ ); e correlação positiva entre a variável FC' do Rorschach e a questão 16 que diz "Você se sente útil?" (Pearson  $.267$ ) conforme Tabela 5. Essas questões estão relacionadas a perdas conforme revisões<sup>10 13 14</sup> referidas na fundamentação teórica. Os pacientes portadores de câncer de próstata apresentam auto-estima diminuída, sentem-se pouco úteis, demonstram sofrimento ao perderem o papel de provedores da família, principalmente por terem interrompido a atividade de trabalho.

**TABELA 5**  
**Correlações entre as variáveis do Rorschach indicadoras de depressão (C', C'F, FC'),**  
**Perseveração e as Questões 12 e 16 (bem estar emocional) e 5 e 8 (bem estar físico)**  
**da Escala de Qualidade de Vida**

Bem estar emocional			Bem estar físico			
Rorschach	QV		Rorschach	QV	Rorschach	QV
C', C'F, C'	Preocupação com coisas que deixou de fazer Q12	Você se sente útil Q 16	C', C'F, C'	Seu intestino funciona bem Q 8	Perseveração	Você sente dor Q 5
Coef Corr Pearson	-270*	267*	-321*		256*	
Sig (bicaudal)	.03	.03	.04		.04	

b) Existe correlação positiva entre a presença do Fenômeno especial Perseveração do Rorschach e a questão número 5 de QV “Você sente dor”? (Pearson .256) e correlação negativa entre a variável C’ do Rorschach e a questão 8 que diz “Seu intestino funciona bem?” (Pearson .321) conforme Tabela 5. Observa-se na revisão<sup>18 20</sup> que a depressão pode ser uma ampliação da experiência de dor, porque a dor afeta a qualidade de vida, tornando o paciente mais vulnerável. Observa-se que quanto mais deprimido se sente o paciente menos adequadamente funciona seu intestino, região simbolicamente ligada ao prazer.

## CONCLUSÕES

Os resultados encontrados na amostra em estudo, permitem concluirmos:

1. Homens portadores de câncer de próstata apresentam indicativos de autoconfiança diminuída, com o aumento do sentimento de insegurança e da auto-percepção como homens, além de impotentes, inúteis.
2. Destaca-se como característica de personalidade do portador de câncer de próstata a depressão. Esse traço de personalidade acarreta prejuízo nos processos de

associação, no funcionamento do pensamento lógico e empobrecimento de suas capacidades gerais.

3. As informações coletadas confirmam a necessidade do bom relacionamento médico-paciente, especialmente no ato da comunicação do diagnóstico ao paciente assim como nos próximos atendimentos.

4. A dor afeta a qualidade de vida, tornando o paciente mais vulnerável. Observa-se que quanto mais deprimido se sente o paciente, menos adequadamente funcionam os órgãos sensoriais ligados à sensação de prazer.

5. Os pacientes portadores de câncer de próstata apresentam auto-estima diminuída, sentem-se pouco úteis, sofrem ao perderem o papel de provedores da família, principalmente por terem interrompido a atividade de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa. Disponível no site [www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa).
2. AFUD – American Foundation for Urologic Disease. Disponível no site [www.afud.org/education/prostate/prostatecancer.asp](http://www.afud.org/education/prostate/prostatecancer.asp).
3. Gan, P. H.; Klein, E. A.; Reichardt, J. K. Prostate Cancer Prevention: Progress, Possibilities, and Pharmacogenetics. In *Urology Times*; Sep,2003. p.3.
4. Sadi, M. V. & Wroclawski, E. R. Atualização em câncer da próstata. In *Âmbito Hospitalar- Revista científica para profissionais da saúde*. 2003; Ano XIV, nº 162.
5. Sunga, A.; Eberl, M.; Oeffinger, K.; Hudson, M. & Mahoney, M. Care of Cancer Survivors. *American Family Physician*. Kansas City. 2005; Vol. 71, Num 4; p. 699.
6. Gomes, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; vol. 8 nº 3, Rio de Janeiro.
7. Papsidero, L. D., Wang M.C., Valenzuela, L. A., et al. A prostate specific antigen in sera of prostate cancer patients. *Cancer Res* 1980; 40: 2428.
8. Edwards, B. & Clarke, V. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho- Oncology*. Chichester: Aug 2004. Vol. 13; p.562.
9. Bowyer, J. (2004). The psychosocial impact of prostate biopsy. Dissertation The Wright Institute, United States, Califórnia.
10. Freud, S. (1917 [1915]). Duelo y melancolía. In *Obras Completas de Sigmund Freud* . Amorrortu editores. 6º reimpressão, 1995; Vol. XIV, Buenos Aires; p. 235.
11. Bégoïn, J. Elements masculine et elements feminine de la croissance psychique. *Rev. Franç. Psychanal.*, 1994; 58: 1707-1711.
12. Simonton, C. Programa Simonton: uma experiência no Brasil. In: Carvalho, V. Programa Simonton: uma experiência no Brasil In *Introdução a Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno.
13. Carvalho, V. (1994). Programa Simonton: uma experiência no Brasil In *Introdução a Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno.
14. Gianini, M. M. S. Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença. Trabalho publicado no *Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO)*. Ano 1, edição 4. 2004.
15. Nuzzo, M. L. & Chiari, G. The Personal Construction of Câncer: a Constructivist Framework for Exploring Malignancies. Trabalho apresentado no *Seventh International Congress on Personal Construct Psychology*, Memphis,TN. 1987.
16. Pennix, B.; Guralnik, J.; Pahor, M.; Ferrucci, L.; Cerhan, J.; Wallace, R. & Havlik, R. Chronically Depressed Mood and Câncer Risk in Older Persons. *Journal of the National Câncer Institute*; 1998; Dec 16; 90, 24; Health Module, p. 1888.
17. Thomas, E., & Weiss, S. Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. *Journal of the Moffitt Cancer Center*. 2000; 7 (2), 157-164.
18. Breitbart, W.; Rosenfeld, B.; Pessin, H.; Kaim, M. et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*. Chicago. 2000; Dec 13, Vol. 284, Iss. 22; p. 2907.
19. Williams, M. L. & Payne, S. (2002). Nurse Specialist Assessment and Management of Palliative Care Patients Who Are Depressed- a Study of Perceptions and Attitudes. In: *Journal of Palliative Care* 18:4; p.270.

20. Flaugher, M. The intervention of music on perceptions of chronic pain, depression, and anxiety in ambulatory individuals with cancer. Dissertation at University of Alabama at Birmingham, 2002.
21. Belk, B.A. A longitudinal study of Rorschach variables associated with the likelihood of midlife câncer onset. Dissertation. Califórnia School of Professional Psychology – Berkeley/ Alameda, 1995.
22. Hartmann, E.; Wang, C.; Berg, M. & Saether, L. Depression and Vulnerability As Assessed by the Rorschach Method. In: *Journal Of Personality Assessment*; 2003; 81 (3), Copyright, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
23. Caminha, M. S. D. Auto-estima valores e comportamentos em adolescentes. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 1979.
24. Bertero, E. (2002). Andropausa: Mitos e verdades. In *Disfunção Sexual Masculina*, 2002.
25. Savard, J. Laval University, Quebec City; Insomnia studied in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Aging & Elder Health Week*; 2005; Atlanta; p.77.
26. Cukier, J. A crise da idade madura do homem (o climatério masculino). In *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*. 1995; Vol. II, nº 3. Porto Alegre.
27. Freud, S. (1908 [1907]) “ El creador literário y el fantaseo”. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. Amorrortu editores. 3º reimpressão. 1993; Vol IX. Buenos Aires; p.123.
28. Freud, S. (1930 [1929]) El malestar en la cultura. In *Obras Completas de Sigmund Freud*. Amorrortu editors. 4º reimpressão. 1994; Vol. XXI, Buenos Aires; p. 57.
29. Aleotti, R. (2004). La masculinidad: construcción social o acontecimiento natural? In: *Masculino-feminino: cuestiones psicoanalíticas contemporâneas*. 1ª ed. Buenos Aires: Lúmen.
30. Moraes, J. F. D. & Souza, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27 (4); 302-8.
31. Hodgson, N. An explanatory model of variables influencing the quality of life in older adults with câncer. Dissertation at University of Pennsylvania, United States. 1999.
32. Giacomoni, C. Bem-estar subjetivo: preditores da qualidade de vida subjetiva. Tese de doutorado. Comunicação pessoal no dia 24 de novembro de 2005 no auditório do 9º andar do prédio 11 da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
33. Slade, M.; Levy, B.; Kunkel, S. & Kasl, S. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal Personality and Social Psychology*. 2002; Vol.83
34. Wilt, T. J. & Partin, M. R. Reducing PSAnxiety: The importance of Noninvasive chronic disease management in prostate câncer detection and treatment. *The American Journal of Medicine*. New York. 2004; Nov 15. Vol.117, Iss.10; p.796.
35. Litwin, M. S.; McGuigan, K. A.; Shpall, A. I. Recory of health related quality of life in the year after radical prostatectomy. *Early Experience. J. Urol*. 1999; v. 161: p. 515-519.
36. Winter, J. A. Prostate cancer patients: a descriptive study of quality of life. Dissertation. The Union Institute. 1999.
37. Kao, Tzu-Cheg; Cruess, D. F.; Garner, D.; Foley, J.; Seay, T.; Friedrichs, P. et al. Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy. *The journal of urology*. 2000; P.858-864.

38. Rosenfeld, B.; Roth, A.; Gandhi, S. & Penson, D. Differences in health-related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. In: *Psycho-Oncology*. Chichester. 2004; Vol. 13, Iss. 11; pg. 80.
39. NCI – National Cancer Institute. A Snapshot of Prostate Cancer. Disponível no site [www.cancer.gov/cancer\\_topics/types/prostate](http://www.cancer.gov/cancer_topics/types/prostate). Acessado em 08/08/2005 às 22h.
40. Litwin, M. S.; Pasta, D. J.; Yu, J.; Stoddard, M. & Flanders, S. Urinary function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: a longitudinal, multivariate quality of life analysis from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *The Journal of Urology*. 2000; Vol. 164.
41. Barros, N. Desenvolvimento e Validação de Escala para avaliar \Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina. 1996.
42. Carroll, P.R.; Altwein, J. et al. Management of Disseminated Prostate Câncer In *The American Journal of Urology Review*, 2004; vol 2, nº2.
43. Vaz, C. E. O Rorschach: Teoria e Desempenho, 3ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda. 1997.
44. Ferrel B. R.; Wisdom C. & Wiezl C. Quality of Life as na Outcome Variable in the Management of Câncer Pain. *Cancer*, Philadelphia. 1989; 63: 2321-2327.
45. Passalacqua, A. & Gravenhorst, M.C. Los Fenomenos Especiales en Rorschach. Argentina. Centro Editor Argentino. 1988.
46. Portuondo, J. A. El Rorschach Psicoanalítico. Madrid. Biblioteca Nueva. 1973.
47. Portuondo, J. A. El Psicodiagnostico de Rorschach em Psicologia Clínica. Madrid. Biblioteca Nueva. 1976.
48. Sousa, C. C. O método de Rorschach. 3ª ed. São Paulo: T. A. Queiroz: Ed. da Universidade de São Paulo. 1982.
49. Adrados, I. Teoria e Prática do Teste de Rorschach. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda. 1982.
50. Klopfer, B. & Kelly, D. Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1974.
51. Rorschach, H. Psicodiagnóstico. Tradução do original alemão da 8ª ed. não modificada, por Marie Sophie de Villemor Amaral. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou. 1978.
52. Santos, G. A. Envelhecimento bem-sucedido, fatores sócio-culturais e personalidade em grupos de origem étnico-cultural alemã, italiana e mista. Tese de Doutorado. Porto Alegre, PUCRS, Faculdade de Psicologia. 2000.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde não é meramente a ausência de enfermidade, sua dimensão é mais ampla, vinculada ao bem estar social e individual. A medicina moderna em acordo com a definição de saúde da OMS está voltada para a qualidade de vida das pessoas.

Observa-se na atualidade uma busca frenética de satisfação, fugacidade de relacionamentos, com uma hiper-sexualização que busca apenas o prazer e prescinde de qualquer relação mais profunda. Nas marcas dessa cultura que busca a beleza, é proibido ser feio, envelhecer e aceitar os sinais do tempo. Portanto, a sexualidade deve ser jovem, dinâmica, elástica e a vida sexual dos idosos, em geral, é considerado um tema pouco atraente e um alvo de menor interesse. Esta dimensão de que amor e sexualidade são prerrogativas exclusivas da juventude podem levar a uma diminuição da auto-estima. Da mesma forma que se sabe que existem modificações fisiológicas, psicológicas e sociais, também se sabe que a sexualidade além de ser um fenômeno cultural e variável com o grupo etário, tem uma dimensão pessoal e humana. A condição normal do envelhecimento produz uma gradual diminuição da atividade sexual e uma possibilidade de inapetência sexual.

Uma falha erétil antecipa o fracasso, produz ansiedade e depressão levando a uma diminuição das sensações sexuais e uma alteração da fisiologia da ereção, que pode levar a uma nova falha. Esta é uma possibilidade que pode ocorrer com homens que estejam com saúde, sendo que nos portadores de câncer é uma possibilidade com maior chance de ocorrer por todo o quadro. Nessa pesquisa ficou evidente que os homens com câncer apresentam elevado nível de ansiedade e muitos indicadores de depressão, não apenas funcional mas já como traço, como estrutura da personalidade.

O indivíduo deprimido apresenta um padrão de pensamento negativo em relação a si próprio, em relação ao mundo e em relação ao futuro. São pensamentos em torno de

perdas e baixa auto-estima. Estas pessoas se consideram sem valor, indesejáveis e desprezados por todos; o mundo é visto como sendo cheio de obstáculos, o futuro é incerto e cheio de frustrações e sofrimentos. A crença central faz com que o indivíduo distorça suas vivências, a consequência é a apatia, o não enfrentamento das situações, podendo apelar para a fuga e a evitação, o pessimismo, a auto-depreciação e a crença de que vai fracassar.

Os indivíduos ansiosos superestimam o perigo e subestimam sua capacidade de enfrentamento diante de situações perigosas. Esta forma de pensar mantém a ansiedade e prejudica o desempenho, aumentando assim o senso de vulnerabilidade e sensação de perigo.

Durante a coleta de dados os pacientes do Hospital manifestaram satisfação e de certa forma agradecimento pelo espaço oferecido para falarem dos sentimentos em relação à doença. O grupo controle também se beneficiou com o espaço e ficou bastante destacado que os homens que ainda não haviam procurado um urologista manifestaram que é importante a prevenção.

Uma outra impressão que ficou na pesquisadora foi que o processo de aplicação dos instrumentos já funcionava como uma intervenção.