

Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual

VERA MARIA STIEBLER LEAL¹

Trabalho realizado na Divisão de Educação em Câncer da Coordenação de Programas de Controle do Câncer (Pró-Onco) do Instituto Nacional de Câncer (INCa).

Resumo

Este artigo teve como objetivo levantar evidências da existência ou não de uma relação entre variáveis psicológicas e surgimento e progressão do câncer, através de uma revisão bibliográfica extensa sobre o assunto. A conclusão foi de que há fortes indícios da existência dessa associação, apesar dos problemas metodológicos inerentes a esse tipo de pesquisa e de um número relativamente pequeno de trabalhos disponíveis sobre o tema. As variáveis psicológicas enfatizadas consistiram de tipo de personalidade e estilos de confrontação com o câncer, por serem consideradas indicadores válidos no prognóstico do câncer e, portanto, por possuírem potencial valor prático. Foram também apresentadas pesquisas investigando os processos fisiológicos mediadores da relação variáveis psicológicas e câncer, salientando a importância dessa área de estudo na comprovação da existência dessa associação. Finalmente, algumas diretrizes foram traçadas, baseadas nas pesquisas discutidas no artigo, para o desenvolvimento mais eficaz de intervenções psicológicas e assessoramento às famílias dos pacientes com câncer e à equipe médica. Foi acentuado que essa eficácia é dirigida a uma ampliação do papel das intervenções psicológicas no sentido de contribuírem para o aumento da sobrevida do paciente.

Unitermos: surgimento do câncer; progressão do câncer; variáveis psicológicas; mediação fisiológica

Introdução

A partir da década de 50 foram iniciadas pesquisas investigando a teoria de que fatores psicológicos têm influência no surgimento e progressão de doenças, inclusive o câncer. Essa associação teve como fundamento observações clínicas que remontam a Hipócrates [1]. Em 1870, James Paget observou em seu livro "Patologia Cirúrgica": "Os casos em que a ansiedade profunda, a esperança suspensa e o desapontamento são rapidamente seguidos pelo crescimento e aumento do câncer são tão freqüentes, que dificilmente podemos duvidar de que depressão mental é uma adição de peso a outras influências favorecendo o desenvolvimento da condição cancerosa" [2].

Em relação ao câncer, as principais variáveis psicológicas estudadas como associadas a sua origem e desenvolvimento são: estados afetivos, especialmente depressão [3, 4, 5, 6]; eventos de vida estressantes, com destaque para perdas de entes queridos por morte ou divórcio [7, 8, 9]; apoio social, particularmente da família [10, 11, 12]; personalidade e estilos de confrontação

com situações problemáticas da vida. Essas últimas variáveis psicológicas terão, a seguir, uma apresentação detalhada por serem consideradas válidos indicadores no prognóstico do câncer [13]. É importante esclarecer, antes disso, que apesar de não haver uma definição clara a esse respeito nos diversos trabalhos examinados, o termo "personalidade" diferencia-se do "estilo de confrontação" no sentido do primeiro referir-se a um padrão relativamente fixo na relação com a vida, enquanto o segundo associa-se com formas que cada indivíduo adota para enfrentar situações particulares de sua vida, como é o caso do câncer, o que pode ter haver ou não com formas anteriores, assim como pode ser mutável ou não conforme essa situação se desenrola.

Personalidade e estilos de confrontação no surgimento e progressão do câncer

Desde a década de 50 que se investiga a personalidade propensa ao câncer, que se caracteriza por uma tendência a suprimir emoções, especialmente a raiva, e

¹Psicóloga, Mestre em Psicologia, da Divisão de Educação em Câncer do Pró-Onco, INCa. Endereço para correspondência: Rua Conde de Bonfim, 850, bloco 1, ap. 407, CEP 20530-002.

a reagir ao estresse usando um estilo de comportamento reprimido [14]. Em 1952, West e associados [15] relataram estar impressionados com a aquiescência polida, quase como pedindo desculpas dos pacientes com câncer em rápida progressão, em contraste com as personalidades mais expressivas e algumas vezes mesmo bizarras daqueles que tinham sobrevivência longa. No mesmo ano, Bacon e colegas [16] descreveram o paciente típico de câncer de mama como aquele incapaz de exteriorizar impulsos básicos como raiva e agressividade, no qual a frustração resultante é supercompensada por uma fachada de amabilidade. Esses resultados foram confirmados pelo estudo do grupo de Blumberg e West, em 1954 [17].

Na década de 70 vários investigadores relataram resultados ligados a essa questão. Gorzinski e colegas [18] relataram que pacientes com câncer de mama que sobreviveram 10 anos mostraram significativamente menos mecanismos de defesa de estilo repressivo do que um grupo de comparação de pacientes que não sobreviveram à doença. Rogentine e associados [19] descreveram 31 pacientes com melanoma, cuja recaída dentro de um ano foi associada a menos perturbação psicológica para se ajustar à doença. Em uma segunda amostra de pacientes com melanoma, usando o mesmo critério psicológico, aqueles investigadores foram capazes de predizer perfeitamente a recaída em 76% dos casos (proporção estatisticamente significativa). Derogatis e colegas [20] elaboraram uma pesquisa em que investigaram as reações psicológicas de dois grupos de mulheres com câncer de mama com metástase; um deles foi categorizado como sobrevivente de curto termo (morreram em menos de um ano) e o outro, de longo termo (viveram por um ano ou mais). O grupo de longa sobrevivência foi sintomático em geral, especialmente em relação à ansiedade e alienação e teve níveis substancialmente mais altos de humor disfórico que as sobreviventes de curto prazo. Esse último grupo, por sua vez, revelou níveis significativamente mais baixos de hostilidade, com níveis mais altos de humor positivo. Os médicos que tratavam dessas pacientes consideraram que as sobreviventes de longo termo mostraram um ajustamento à sua doença significativamente pior do que as de curto prazo. Além disso, as avaliações do entrevistador indicaram que o grupo de sobrevivência longa teve atitudes significativamente piores em relação a seus médicos do que o outro grupo.

Mais recentemente, foi realizada uma interessante pesquisa prospectiva com 69 mulheres com câncer de mama inicial que sofreram mastectomia simples [21, 22, 23]. Essas mulheres tiveram suas reações psicológicas ao diagnóstico do câncer avaliadas três meses após a cirurgia, tendo suas respostas sido classificadas, então, em uma das quatro categorias seguintes: *negação* (negação total de que estivessem com câncer; não demonstraram ou não relataram nenhum distúrbio emocional),

espírito de luta (atitude altamente otimista, acompanhada por procura de maiores informações sobre a doença e planos de fazer tudo em seu poder para derrotá-la; nenhum distúrbio foi relatado ou demonstrado na entrevista), *aceitação estóica* (reconhecimento do diagnóstico sem perguntas para informações adicionais, ignorando a doença e seus sintomas, tanto quanto possível, e levando vida normal; ao saber do diagnóstico ficaram perturbadas emocionalmente, mas a atitude estóica que adotaram aliviou seus distúrbios ao longo dos três meses seguintes à cirurgia) e *sentimentos de desamparo/desesperança* (a doença tomou conta de suas vidas completamente, sendo constantemente perturbadas pelas preocupações recorrentes com o câncer e a morte iminente, não havendo qualquer esperança; mostravam distúrbios emocionais óbvios, presentes desde a cirurgia). Após cinco anos, foi constatada uma associação estatisticamente significativa entre as respostas psicológicas iniciais das pacientes ao diagnóstico do câncer e o resultado da doença (morte, ou sobrevivência com metástase ou sem metástase) de cada uma delas, passado aquele número de anos. Isto é, uma conseqüência favorável da doença foi mais freqüente em pacientes cujas respostas foram categorizadas como negação ou espírito de luta do que em pacientes que mostraram aceitação estóica ou sentimentos de desamparo/desesperança [21]. Essa mesma associação continuou ocorrendo ao se avaliar esse grupo de pacientes decorridos 10 anos [22] e 15 anos da cirurgia [23].

Levy e associados [24] pesquisaram o poder de previsão sobre o prognóstico do câncer de mama de 75 mulheres, de uma célula produzida pelo sistema imunológico, a célula "natural killer" (NK), e de determinados fatores psicológicos. Os resultados da pesquisa trouxeram evidência de que o nível de atividade da célula NK predizia o status da propagação do câncer para os nódulos linfáticos axilares, sendo consistente com um corpo de evidências emergente sugerindo a importância da atividade dessa célula no controle da difusão das micrometástases [25]. Por sua vez, descobriram uma associação estatisticamente significativa entre baixos níveis de atividade da célula NK e ajustamento à doença e maior atividade da célula NK e pacientes perturbadas ou mal-ajustadas à doença. É importante observar que essas pacientes que foram associadas com um status biológico pior, apesar de ajustadas à doença, relataram distúrbios de determinado tipo - depressão, apatia, indiferença, sintomas de fadiga - que, de certo modo, estão associados a um imobilismo, a uma falta de resposta, sendo consistentes com os resultados de Derogatis et al. [21-23]. As conclusões desse estudo contribuíram para lançar luz sobre os mecanismos fisiológicos de mediação, ligando o comportamento ao status biológico de risco.

Dean e Surtees [26] avaliaram o estado psicológico de uma amostra de 122 mulheres com câncer de mama

primário e operável, antes e três meses após a mastectomia, e avaliaram a consequência de sua doença, passados 6-8 anos da cirurgia. Constataram que as mulheres que tiveram as piores reações psicológicas à doença, antes da cirurgia, tiveram menos probabilidade de ter recorrência do câncer e aquelas que foram avaliadas três meses após a cirurgia, como se utilizando uma estratégia de negação para se confrontar com a doença, tiveram menor probabilidade de recorrência da doença do que as que utilizaram outros estilos de confrontação. No entanto, os autores fazem uma ressalva a esse último achado no sentido de reconhecerem não terem utilizado uma medida eficiente para classificar os estilos de confrontação.

Pettingale e grupo [27, 28] replicaram sua pesquisa original [21], descrita acima, de forma a aumentar a validade de seus achados. Para isso, utilizaram uma amostra maior de mulheres recentemente diagnosticadas para câncer de mama ($n = 107$), além de uma outra amostra de um câncer diferente (linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin) composta também por pacientes masculinos. Propuseram-se, além disso, a identificar e descrever os componentes das respostas psicológicas globais ("espírito de luta", "negação", "atitude estóica" e "desamparo/desesperança"), levantadas na pesquisa original, de forma a determinar quais desses eram cruciais na confrontação com o câncer e que podiam, dessa maneira, afetar a sobrevivência. As avaliações psicológicas, realizadas aos três e 12 meses após o diagnóstico, consistiram de entrevistas semi-estruturadas que resultaram em três amplos tipos de respostas cognitivas: de avaliação (orientação geral sobre a idéia de "ter câncer"), de afirmativas paliativas (estratégias pelas quais os pacientes manipulam seu pensamento sobre o câncer e tentam reduzir seu impacto) e de confrontação (afirmativas que os pacientes utilizam para se encorajarem a pensar positivamente sobre suas vidas). Nessas entrevistas foram também aplicadas escalas de avaliação psicológica e levantada uma lista de 21 comportamentos sobre o que os pacientes relataram como reações a seus diagnósticos. A análise desses dados levou à identificação de quatro fatores. O primeiro fator - ansiedade/depressão - foi similar à categoria de "desamparo-desperança" e caracterizou-se por alto nível de ansiedade e depressão, uma ausência de respostas cognitivas e um alto número de comportamentos implicando num círculo vicioso de agir sem objetivo, sem aliviar a ansiedade ou depressão e sem planejar consciente ou inconscientemente estratégias de confrontação para lidar com o problema. Isso é apoiado pela crença de que o controle sobre sua saúde depende exclusivamente da sorte ou de figuras poderosas. Não pode ser determinado se a ausência de estratégias cognitivas precede ou segue a ansiedade e depressão. O segundo fator assemelha-se à categoria de "negação" e é caracterizado por ausência de respostas cognitivas, mas

sem distúrbio emocional associado. Talvez isso ocorra entre aqueles que embora reconheçam que têm câncer, confrontam-se com o fato de pensarem muito pouco sobre isso, não elaborando estratégias mentais conscientes para lidar com ele, assim como não têm o comportamento confuso dos que se enquadram no fator 1. Para eles a saúde depende tanto do controle pessoal como de figuras poderosas (por exemplo, Deus ou os doutores), e que a mais efetiva forma de se confrontar com o estresse é bloquear os sentimentos associados com ele, não elaborando, assim, respostas cognitivas. Na medida em que a ansiedade e depressão são mantidas entrincheiradas, este estilo de confrontação é aparentemente efetivo. O terceiro fator, semelhante ao "espírito de luta", caracteriza-se por crença no controle pessoal sobre a saúde e grande número de respostas paliativas e de confrontação e de comportamentos, que são utilizados de forma flexível para se adaptar à situação de estresse, conforme ela se modifica e se desdobra: se uma estratégia é ineficaz, ela é rapidamente substituída para outra mais útil. Ansiedade e depressão estão ausentes. No quarto fator, próximo à "atitude estóica", destaca-se uma visão fatalística em relação ao câncer, considerando-se que o controle sobre a saúde pertence somente à sorte e a figuras poderosas, com ausência de respostas de confrontação. Mas esse estilo de reação difere do "ansiedade-depressão", pois ansiedade e depressão estão ausentes. É importante ressaltar que as respostas psicológicas foram independentes de outras variáveis prognósticas, incluindo o grau histológico e o estágio clínico do tumor, o número de nódulos linfáticos envolvidos ou extensões para estruturas locais. Após cinco anos, os pesquisadores irão examinar as ligações entre os estilos de confrontação dos pacientes, o status psiquiátrico e a sobrevivência.

Intervenções psicológicas e consequências na progressão do câncer

Apenas recentemente têm surgido estudos, adequadamente controlados, trazendo evidências de aumento do tempo de sobrevivência em pacientes de câncer submetidos a intervenções psicológicas [29].

Grossarth-Maticek e colegas [30] estudaram mulheres com câncer de mama com metástase, em que um grupo recebeu quimioterapia e o outro não, por terem se recusado a tal. Dentro de cada um desses dois grupos as mulheres foram randomicamente designadas para receberem ou não intervenção psicológica. A sobrevivência foi mais longa para os grupos que receberam apenas quimioterapia ou apenas terapia psicológica, quando comparados ao grupo que não recebeu nenhum tratamento. No entanto, a sobrevivência mais longa coube ao grupo que recebeu tanto quimioterapia como intervenção psicológica, parecendo ter havido a ocorrência de efeitos sinérgicos.

Spiegel e colegas [31] estudaram prospectivamente o efeito de uma intervenção psicológica sobre o tempo de sobrevivência de 86 pacientes com câncer de mama com metástase. A intervenção durou um ano e consistiu de terapia de apoio de grupo, semanal, com 90 minutos de duração. Nas sessões, as pacientes foram estimuladas a expressar seus sentimentos sobre a doença e seus efeitos sobre suas vidas, a discutir formas de se confrontar com a doença, e a desenvolver fortes vínculos entre si, além de lhes ter sido ensinada uma estratégia de auto-hipnose para controle da dor. Ambos os grupos, o experimental ($n = 50$) e o de controle ($n = 36$), compostos de maneira randômica, tiveram assistência oncológica de rotina. Após um acompanhamento de 10 anos, a média de sobrevivência foi de 36,6 meses para o grupo onde houve a intervenção contra 18,9 meses para o grupo-controle, uma diferença estatisticamente significativa. O gráfico de sobrevivência indicou que a diferença na sobrevivência dos dois grupos somente foi iniciada após oito meses do final da intervenção. O interessante é que os autores tinham a expectativa, e de fato obtiveram, de um efeito benéfico do tratamento sobre o humor e o vigor das pacientes, mas não esperavam esse efeito sobre o tempo de sobrevivência. Os autores supuseram que esse tempo de sobrevivência maior foi resultado dos efeitos da melhoria dos estados emocionais tanto sobre os sistemas imunológico e neuroendócrino, por sua vez afetando a progressão do câncer, como sobre a maior disposição dos pacientes em concordar com as prescrições médicas, dieta e exercício.

Fawzy e associados [32, 33] avaliaram os efeitos de curto e longo prazos de uma intervenção psicológica estruturada de grupo, com duração de seis semanas, em pacientes com melanoma, recém-submetidos a cirurgia. Quando comparados ao grupo-controle, os pacientes que receberam a intervenção obtiveram maior vigor ao término da mesma, assim como apresentaram menos depressão, fadiga e distúrbio emocional do humor, passados seis meses. Os pacientes do grupo experimental também demonstraram maior número de respostas de confrontação com o câncer e aumentos significativos da atividade das células NK do sistema imunológico do que os do grupo-controle, tanto após a intervenção como seis meses depois.

Considerações metodológicas

É importante que sejam levantadas as questões metodológicas relativas ao estudo da influência de fatores psicológicos no surgimento e desenvolvimento do câncer, pois com isso se fornece uma dimensão das limitações dos resultados das pesquisas nessa área.

Levenson e Bemis [29] argumentam que, apesar da quantidade de pesquisas dentro deste tema, desenvolvidas através das décadas, muitas delas possuem fa-

lhas metodológicas, tais como: uso de amostras pequenas e tendenciosas; amostras heterogêneas que misturam pacientes com tipos de câncer muito diferentes ou em diferentes estágios; com análises estatísticas limitadas ou ausentes; controles pobres e viés de dados colhidos retrospectivamente; ausência de controle de potenciais fatores de confusão dos resultados, tais como o hábito do fumo ou de alimentação dos pacientes.

No entanto, essas falhas metodológicas, na maioria dos casos, são conseqüências da dificuldade inerente a esse tipo de estudo. Friedman e Booth-Kewley [34] chamam atenção sobre tópicos que devem ser considerados cuidadosamente quando se planeja uma pesquisa procurando evidência de uma associação entre tipo de personalidade e surgimento e progressão de doenças:

a) Os distúrbios psicológicos associados à doença podem ser resultados e não causa de processos dessa doença.

b) Tipos de personalidade podem levar à doença através de comportamentos insalubres, como o exemplo de uma pessoa muito ansiosa que pode ser levada a comer demais e com isso tornar-se obesa e, por fim, diabética.

c) O estilo de personalidade pode ser relacionado à doença através de uma terceira variável biológica subjacente. Por exemplo, se um sistema nervoso hiper-responsivo é um fator fundamental no desenvolvimento de uma personalidade ansiosa e também no surgimento de doença cardíaca, então ansiedade crônica seria um marcador para essa doença, mas não necessariamente desempenharia um papel causal em seu surgimento.

d) Em geral, uma variedade de diferentes influências causais e redes de realimentação estará funcionando na relação entre personalidade e doença, desde que o corpo seja um sistema interligado. É uma supersimplificação dizer que qualquer fator singular, seja ele psicológico ou outro qualquer, é a causa de uma doença resultante. Assim, predisposição genética à doença, agressões externas como viroses ou traumas, processos do desenvolvimento (idade), diferenças hormonais e outros fatores podem estar envolvidos na etiologia da doença. Portanto, várias pessoas predispostas à doença X não desenvolverão a doença X, mas, por outro lado, relativamente poucas pessoas que não são predispostas à doença X irão desenvolvê-la.

e) A evidência mais forte desta associação psicossomática terá que vir da pesquisa fisiológica, que identifica os mecanismos da doença e mostra como eles podem ser afetados pelos fatores psicológicos, dadas as dificuldades metodológicas envolvidas nesta área de estudo. Mas essa tarefa é bastante difícil. Primeiro, os processos das doenças crônicas mais sérias não estão bem entendidos, principalmente em termos de etiologia. Segundo, constructos psicológicos como estresse, personalidade e estilos de confrontação não estão ain-

da adequadamente operacionalizados pelos fisiologistas, como, por exemplo: o estresse a que um cão é submetido recebendo choques elétricos em um experimento de laboratório tem diferenças daquele sofrido por uma recente viúva. Terceiro, os sistemas fisiológicos e bioquímicos do corpo humano são inter-relacionados e freqüentemente interdependentes e, assim, ligações causais são difíceis de descobrir. No entanto, os processos fisiológicos são as condições delimitadoras para o entendimento psicológico: *é simplório postular um modelo psicológico de etiologia de uma doença que seja fisiologicamente impossível.*

A mediação dos processos fisiológicos

A identificação dos mecanismos fisiológicos que baseiam a relação entre fatores psicológicos e o aparecimento ou progressão do câncer é, por conseguinte, fundamental, portanto, tanto para que se forneçam maiores evidências dessa associação como para que se possa aplicar esse conhecimento no tratamento e prevenção do câncer. Tem sido levantada a hipótese de que a influência de fatores psicológicos sobre o câncer é mediada via sistema imunológico ou endócrino ou entre ambos interligados [14, 20].

Melhor dizendo, essa relação psicossomática está se tornando clara através dos estudos que demonstram uma inter-relação entre os diferentes tipos de regulação que governam os sistemas hormonal, imunológico, hematopoiético e neurológico [35].

A mediação do sistema imunológico dentro dessa associação psicossomática, no entanto, é a que tem trazido maior interesse entre os pesquisadores [29]. Duas linhas separadas de pesquisa procuram esclarecer essa associação, correspondendo a duas hipóteses interligadas: 1) variáveis psicológicas influenciam o sistema imunológico e 2) o sistema imunológico influencia o surgimento e desenvolvimento do câncer.

A relação variáveis psicológicas/sistema imunológico tem sido alvo de muitos estudos e há uma evidência crescente de que o funcionamento do sistema imunológico não é autônomo e sim estreitamente ligado a processos psicofisiológicos e ainda sujeito a regulação pelo cérebro. Por isso, esse campo de estudo é denominado psiconeuroimunologia [36]. Um dos motivos que levou ao grande interesse atual nesse campo de estudo foi o aparecimento da epidemia de AIDS. Essa doença é estreitamente relacionada com o funcionamento do sistema imunológico e, por causa da grande variabilidade nas taxas de progressão do HIV, após a soroconversão, uma questão de grande interesse é saber se variáveis psicológicas podem agir como co-fatores [37]. Os pesquisadores têm usado várias populações diferentes e tanto estressores agudos como crônicos parecem ter conseqüências imunológicas. Psiquiatras têm procurado por possíveis marcadores imunológicos para vários distúr-

bios comparando dados de pacientes psiquiátricos, particularmente pacientes deprimidos, com dados de pacientes assintomáticos do grupo-controle. Os pacientes deprimidos comumente têm função imunológica mais pobre do que o grupo não-deprimido [38]. Uma série de estudos envolvendo dados imunológicos, endócrinos e comportamentais demonstrou que pode haver conseqüências de longa duração seguindo um estressor urbano importante [39]. Vários estudos têm mostrado que o pesar, como uma resposta psicológica à perda de um relacionamento, altera aspectos da função imunológica [40]. Levy e colegas [41] acharam uma associação entre nível percebido de apoio social e atividade das células NK em 120 pacientes com câncer de mama nos estágios I e II. Como já foi dito anteriormente, a importância das células NK reside no fato de atualmente se considerar que elas têm a função de realizar a vigilância das células malignas, através do reconhecimento e destruição das células mutantes que podem ter programas pré-cancerosos [29]. Dados dos estudos de Kiecolt-Glaser et al [42, 43] sugerem que o relaxamento pode ter conseqüências imunológicas positivas e Pennebaker e colegas [44] fornecem evidências preliminares de que a mesma conseqüência pode ocorrer na exteriorização de eventos problemáticos ou traumáticos reprimidos.

Apesar de toda essa evidência da influência dos fatores psicológicos no funcionamento do sistema imunológico e no conhecimento do papel do desempenho desse sistema no surgimento de tumores, segundo Levenson e Bemis [29], é ainda muito cedo para se argumentar por um modelo integrativo para o surgimento e progressão do câncer que aja via sistema imunológico sob a influência de variáveis psicológicas. Isso porque existem variáveis estranhas, tais como a composição genética ou fatores culturais, que podem influenciar a eficiência imunológica e a susceptibilidade aos estresses, até então sem serem consideradas nos estudos.

O trabalho de Levy et al [24, 45], no entanto, forneceu alguma luz na questão das interações variáveis psicológicas/sistema imunológico e as conseqüências do câncer, em indivíduos que já tinham essa doença. Esses autores examinaram a atividade das células NK e três indicadores de distúrbio em mulheres com câncer de mama, na época da mastectomia e três meses depois. Eles concluíram que o nível de ajustamento, falha de apoio social, fadiga e sintomas depressivos explicavam 30% da variação das células NK vista depois de três meses. Nesse grupo, mais nódulos metastáticos foram também associados com características depressivas e decréscimo da atividade das células NK.

Conclusões

Apesar de haver dificuldades metodológicas envolvidas nas pesquisas de investigação da influência de variáveis psicológicas na origem e curso do câncer,

assim como um número relativamente pequeno de estudos sobre essa associação, sem dúvida nenhuma há fortes indícios de que ela realmente existe. Falta ainda, no entanto, um aprofundamento de como essa associação ocorre, ou seja, dos processos psicológicos e fisiológicos envolvidos nessa relação. Esses conhecimentos são fundamentais no sentido de ampliar as possibilidades de aplicação prática na prevenção e, principalmente, no tratamento do câncer.

No entanto, com o conhecimento existente até agora já é possível tirar conclusões de ordem prática, úteis na abordagem do câncer. Caso semelhante ao do estudo da relação entre dieta e câncer, da qual se conhece pouco sobre seus mecanismos mediadores, onde já se aplicam as informações existentes no sentido da prescrição de determinados hábitos alimentares, supostos como protetores contra o câncer, na prevenção e tratamento dessa doença.

Em relação à prevenção do surgimento do câncer, a possível aplicação prática se daria em intervenções psicológicas que modificassem características de personalidade consideradas como predispondo o indivíduo ao câncer, especialmente a repressão de sentimentos e impulsos básicos, como a raiva e a agressividade. No entanto, o papel da personalidade na origem do câncer é apenas de uma predisposição maior que o indivíduo possui, onde, sem dúvida, outros fatores têm muito maior influência. Por isso, esse tipo de intervenção só seria válido para aquelas pessoas possuidoras de características que as colocassem dentro de um grupo de risco para um ou mais cânceres.

Entre os indivíduos que já têm câncer, porém, existem várias possibilidades de intervenções úteis no sentido de melhorar o prognóstico da doença, utilizando-se o resultado de pesquisas apresentadas neste artigo.

O assessoramento dado às famílias dos pacientes com câncer e à equipe médica, já realizado em algumas unidades de tratamento do câncer, por exemplo, poderia ser enriquecido ao serem trabalhadas as seguintes noções:

1 - O paciente com câncer necessita ser estimulado e ter espaço para liberar seus sentimentos negativos em relação a sua doença, especialmente na fase inicial seguinte a seu conhecimento do diagnóstico. É importante observar que essa fase caracteriza-se pela tomada de consciência de uma perda fundamental, a da saúde, e pode ser comparada à de alguém que toma conhecimento da perda de algum ente querido.

2 - O grau de apoio e atenção dado ao paciente com câncer influi em sua sobrevivência, especialmente entre aqueles que se queixam pouco e mostram pouca reação à doença. Em geral esses indivíduos dispõem de poucos recursos próprios para se auto-apoiarem, mas, paradoxalmente, deixam transparecer pouca necessidade do suporte de outros.

Por outro lado, as intervenções psicológicas, existentes em algumas instituições de câncer, poderiam ter seu papel ampliado, face às evidências de que elas podem influir positivamente no curso dessa doença, se dirigidas de forma apropriada. Em geral, essas intervenções são consideradas como um trabalho humanístico visando apenas melhorar o bem-estar do paciente, desconhecendo-se a sua função dentro do tratamento do câncer em si. Algumas diretrizes podem ser traçadas, baseadas nas conclusões das pesquisas aqui discutidas, de forma a tornar as intervenções psicológicas mais eficientes no sentido de uma maior sobrevivência do paciente com câncer:

1 - Todos os pacientes devem ter um acompanhamento de apoio, por parte dos psicoterapeutas, ao tomarem conhecimento de sua doença. No entanto, no encaminhamento para uma intervenção terapêutica, a prioridade deve recair entre aqueles pacientes previamente avaliados como adotando uma atitude estóica ao câncer e entre aqueles que reagem a ele de forma desordenada e fatalística. Isso porque esses pacientes parecem ser o de pior prognóstico, provavelmente motivado pela incapacidade de se auto-apoiarem com estratégias eficientes para enfrentá-lo.

2 - Sempre que possível, a intervenção terapêutica deverá ser realizada em grupos, de forma a que se possa estimular o desenvolvimento de fortes vínculos entre os componentes. Esses vínculos servirão para a obtenção de apoio mútuo entre os pacientes, extremamente necessário nesse momento em que há um intenso sentimento de isolamento social.

3 - Os pacientes devem ser estimulados a exteriorizar ao máximo seus sentimentos negativos relacionados ao "ter câncer" e às implicações desse fato, e isso em todos os aspectos de sua vida.

4 - Deve ser desenvolvida no paciente a percepção de que ele pode influir no curso de sua doença, desempenhando um papel ativo ao longo de seu processo.

5 - Os pacientes necessitarão aprender a desenvolver um grande número de maneiras diversificadas de se confrontar com o câncer, que deverão ser usadas de forma flexível para atender às necessidades de cada nova situação que irá surgir ao longo do processo da doença. Essa confrontação irá dirigir-se tanto à elaboração de estratégias para a resolução de problemas como para atenuar, para si mesmos, o impacto emocional de eventos que não possam ser mudados.

Referências bibliográficas

1. ALLPORT GW. Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart and Winston 1961.
2. COX T, MACKAY C. Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancer. Soc Sci Med 1982; 16: 381-396.
3. ZONDERMAN AB, COSTA PT Jr., McCRAE RR. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. JAMA 1989; 262: 1191-1195.

4. SHAKIN EJ, HOLLAND J. Depression and pancreatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 1988; 3: 194-198.
5. JAMISON RN, BURISH TG, WALLSTON KA. Psychogenetic factors in predicting survival of breast cancer patients. *J Clin Oncol* 1987; 5: 722-798.
6. CASSILETH BR, LUSKEJ, MILLER DS. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 1551-1555.
7. RAMIREZA, CRAIG TJ, WATSON JP, FENTIMEN IS. Stress and relapse in breast cancer. *BMJ* 1989; 298: 291-293.
8. JONES DR, GOLDBLATT PO, LEON DA. Bereavement and cancer. Some data on deaths of spouses from the longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys. *BMJ* 1984; 289: 461-464.
9. FUNCH DP, MARSHALL J. The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *J Psychosom Res* 1983; 27: 77-83.
10. FRIEDMAN LC, BAER PE, NELSON DV, LANE M, SMITH FE, DWORKIN RJ. Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom Med* 1988; 529-533.
11. GOODWIN JS, HUNT WC, KEY CR, SAMET JM. The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients. *JAMA* 1987; 258: 3125-3128.
12. HISLOP GT, WAXLER NE, COLDMAN AJ, ELWOOD JM, KAN L. The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *J Chronic Dis* 1987; 40: 729-735.
13. ROYAK-SCHALER R. Psychological processes in breast cancer: A review of selected research. *J Psychosocial Oncol* 1991; 9: 71-89.
14. LOVESTONE S, FAHY T. Psychological factors in breast cancer. *BMJ* 1991; 302: 1219-1220.
15. WEST PM, BLUMBERG EM, ELLIS FW. An observed correlation between psychological factors and growth rate of cancer in man. *Cancer Res* 1952; 12: 306.
16. BACON CL, RENNEKER R, CUTLER M. A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine* 1952; 14: 453.
17. BLUMBERG EM, WEST PM, ELLIS FW. A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosom Med* 1954; 16: 277-286.
18. GORZINSKI G, HOLLAND J, ZUMOFF B. A ten-year psychoendocrine follow-up of women studied before breast biopsy. 34^o Encontro Anual da American Psychosomatic Society, Atlanta, março de 1977.
19. ROAGENTINE GN, FOX BH, VANKAMMEN DP. Psychological and biological factors in the short term prognosis of malignant melanoma. 35^o Encontro Anual da American Psychosomatic Society, Washington, DC, março de 1978.
20. DEROGATIS LR, ABELOFF MD, MELISARATOS N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 1979; 242: 1504-1508.
21. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet* 1979; 2: 785-787.
22. PETTINGALE KW, MORRIS T, GREER S, HAYBITTLE JL. Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet* 1985; 1: 750.
23. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW, HAYBITTLE JL. Psychological response to breast cancer and fifteen year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
24. LEVY SM, HERBERMAN RB, MALUISH AM, SCHLIEN B, LIPPMAN M. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology* 1985; 4: 99-113.
25. HERBERMAN R, ORTALDO J. Natural killer cells: Their role in defenses against disease. *Science* 1981; 21: 24-30.
26. DEAN C, SURTEES PG. Do psychological factors predict survival in breast cancer? *J Psychosom Res* 1989; 33: 561-569.
27. PETTINGALE KW, BURGESS C, GREER S. Psychological response to cancer diagnosis. I - Correlations with prognostic variables. *J Psychosom Res* 1988; 32: 255-261.
28. BURGESS C, MORRIS T, PETTINGALE KW. Psychological response to cancer diagnosis. II - Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *J Psychosom Res* 1988; 32: 263-272.
29. LEVENSON JL, BEMIS C. The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991; 32: 124-132.
30. GROSSARTH-MATICEK R, SCHMIDT P, VETER H. Psychotherapy research in oncology. In: Steptoe A., Mathews A., eds. *Health Care and Human Behavior*. London: Academic 1984.
31. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-891.
32. FAWZY FI, COUSINS N, FAWZY WW. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I - Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-725.
33. FAWZY FI, KEMENY ME, FAWZY W. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II - Changes over time in immunologic measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 729-735.
34. FRIEDMAN HS, BOOTH-KEWLEY S. The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *Am Psychol* 1987; 42: 539-555.
35. JASMIN C, LÊ MG, MARTY P, HERZBERG R, PSYCHO-ONCOLOGIC GROUP. Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. *Ann Oncol* 1990; 1: 22-29.
36. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, COMPREHENSIVE CANCER CENTER. Psychoneuroimmunology: Past, present, and future. *Health Psychol* 1989; 8: 677-682.
37. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *Am Psychol* 1988; 43: 892-898.
38. STEIN M, KELLER SE, SCHLEIFER SJ. Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. *J Immunol* 1985; 135: 827s-833s.
39. MCKINNON W, WEISSE CS, REYNOLDS CP, BOWLES CA, BAUM A. Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral response to latent viruses. *Health Psychol* 1989; 8: 389-402.
40. HOLLAND JC. Behavioral and psychosocial risk factors in cancer human studies. In: Holland J.C., Rowland J.H., eds. *Handbook of Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press 1989: 612-627.
41. LEVY SM, HERBERMAN RB, WHITESIDE T. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1990; 52: 73-85.
42. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, STRAINE, STOUT J, TARR K, HOLLIDAY J. Modulation of cellular immunity in medical students. *J Behav Med* 1986; 9: 5-21.
43. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, WILLINGER D, STOUT J, MESSICK G, SHEPPARD S. Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychol* 1985; 4: 25-41.
44. PENNEBAKER JW, KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Disclosure of traumas immunofunction: Health implications for psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 239-245.
45. LEVY S, HERBERMAN R, LIPPMAN M. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 1987; 5: 348-353.