

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**

**JOSÉ HENRIQUE VOLPI**

**COMPREENDENDO, POR MEIO DO RELATO DE MÃES,  
O ESTRESSE SOFRIDO DURANTE A GESTAÇÃO E  
PRIMEIROS ANOS DE VIDA DA CRIANÇA COM CÂNCER**

São Bernardo do Campo  
2002

JOSÉ HENRIQUE VOLPI

**COMPREENDENDO, POR MEIO DO RELATO DE MÃES,  
O ESTRESSE SOFRIDO DURANTE A GESTAÇÃO E  
PRIMEIROS ANOS DE VIDA DA CRIANÇA COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós Graduação em Psicologia da  
Saúde da Universidade Metodista de  
São Paulo - UMESP, como requisito  
parcial para obtenção do título de  
Mestre em Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Camila Bernardes de Souza.

São Bernardo do Campo  
2002

## FICHA CATALOGRÁFICA

Volpi, José Henrique

Compreendendo, por meio do relato de mães, o estresse sofrido durante a gestação e primeiros anos de vida da criança com câncer / José Henrique Volpi ; orientação de Camila Bernardes de Souza. São Bernardo do Campo : UMESP, 2002.

170 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde.

1. Estresse 2. Gravidez – Estresse 3. Psicologia infantil 4. Neoplasias – Crianças 5. Reich, Wihelm, 1897-1957 – Crítica e interpretação I. Souza, Camila Bernardes de II. Título.

CDD 155.9042

JOSÉ HENRIQUE VOLPI

**COMPREENDENDO, POR MEIO DO RELATO DE MÃES,  
O ESTRESSE SOFRIDO DURANTE A GESTAÇÃO E  
PRIMEIROS ANOS DE VIDA DA CRIANÇA COM CÂNCER**

**Banca Examinadora**

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**1º Titular:** \_\_\_\_\_

**2º Titular:** \_\_\_\_\_

# AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter estado comigo e me protegido durante as idas e vindas semanalmente no trajeto Curitiba – São Paulo.

Agradeço a minha esposa Sandra Volpi, por ter me apoiado, incentivado e ter tido paciência nos momentos em que eu precisei me ausentar para estudar e escrever esse trabalho.

Agradeço aos professores da Metodista pelo conhecimento que pude obter durante o curso.

Agradeço, a Prof. Dra Marilia Vizzotto pela paciência e ajuda prestada na revisão e correção de alguns tópicos desse trabalho.

Agradeço a Prof. Dra. Camila Bernardes de Souza, por ter permitido que esse trabalho pudesse ser fundamentado teoricamente na abordagem reichiana.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2. CÂNCER</b> .....	06
<b>3. ESTRESSE</b> .....	14
3.1. Estresse durante a gestação .....	20
3.1.1. O terreno biológico .....	25
3.2. Estresse durante os primeiros anos de vida .....	32
3.3. Estresse, imunologia e câncer .....	36
<b>OBJETIVOS</b> .....	47
<b>4. MÉTODO</b> .....	48
4.1. Sujeitos .....	49
4.2. Instrumento .....	51
4.3. Ambiente .....	52
4.4. Procedimento .....	52
4.5. Contato com a Casa de Apoio .....	55
<b>5. RESULTADOS</b> .....	59
5.1. Estressores durante a gestação .....	59
5.2. Estressores durante a infância .....	73
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	95

Anexo A – Modelo da autorização das mães.....	96
Anexo B – Modelo do roteiro da entrevista .....	97
Anexo C – Entrevistas .....	100

**VOLPI, J. H. Compreendendo, por meio do relato de mães, o estresse sofrido durante a gestação e primeiros anos de vida da criança com câncer. Dissertação de Mestrado, São Bernardo do Campo, Instituto Metodista de Ensino Superior, 2002, 170 pp.**

## **RESUMO**

Quando se fala em câncer, aborda-se uma doença que possui mais de 100 formas diferentes, sendo que praticamente todos os tecidos do corpo podem originar células cancerosas. Contudo, para que ocorra a manifestação da doença, são necessários alguns fatores que possam atuar como agentes promotores. Estudos apontam ser pouco provável que apenas um único agente solitário seja capaz de provocar a manifestação da doença.

O presente trabalho teve por objetivo investigar, por meio do relato de mães de crianças portadoras de neoplasia, o estresse sofrido pela criança durante a gestação (estresse primário) e primeiros anos de vida (estresse secundário), apontando-o como um dos possíveis fatores responsáveis pela manifestação do câncer infantil.

Procurando corroborar teoria e prática, entrevistamos 10 mães de crianças com câncer, buscando identificar no discurso dessas mães as situações que foram estressantes para a criança durante o período de gestação e durante seus primeiros anos de vida, antes da manifestação da doença.

Utilizamos como método a análise de conteúdo e como instrumento, a entrevista dirigida e semi-estruturada, que veio de encontro aos objetivos desse trabalho, fundamentando nossa análise na abordagem reichiana.

Concluimos apontando a necessidade de mais pesquisas e trabalhos preventivos, principalmente com grávidas ou “casais grávidos”, para que se possa evitar transtornos não só de ordem física, como no caso do câncer, mas também de ordem emocional.



**VOLPI, J. H. Understanding, by means of the mothers' report, the stress suffered during the pregnancy and first years of the child's life with cancer. Dissertation for Master's degree, São Bernardo do Campo, Instituto Metodista de Ensino Superior, 2002, 170 pp.**

### ABSTRACT

When the conversation revolves around cancer the topic on debate is a disease with more than 100 different forms, with all of the tissues of the human body being susceptible to originating cancerous cells.

However, for the disease to manifest, some factors have necessarily to happen, acting out as promoting agents.

Studies show that it is very unlikely that the presence of only one of these factors could lead to the manifestation of the disease.

This project had as its objective the investigation, through the testimony of the mothers of children with neoplasia, of the stress undergone by the child during the mother's pregnancy (primary stress) and early childhood years (secondary stress), pointing it out as one of the possible factors responsible for the manifestation of this type of childhood cancer.

As an attempt to conciliate theory and practice, we have interviewed 10 mothers of children with cancer, trying to identify in their reports situations, which were particularly stressful for the children during the pregnancy and during their early years, prior to the manifestation of the illness.

We used, as method, the analysis of the content of the interviews and as instrument the guided and semi-structured interview, which fully met the goals of the study, basing our analysis on the reichian approach.

We conclude that more study and research for prevention is needed, mainly with pregnant women and pregnant "couples" as an attempt to avoid unpleasant episodes both of physical nature, such as cancer, but also of emotional nature.

# 1. INTRODUÇÃO

Desde há muito tempo, estudos sobre a etiologia, manifestação e tratamento do câncer tomam lugar nos mais renomados centros de pesquisa oncológica. O câncer, também conhecido por tumor maligno ou neoplasia maligna, é caracterizado pelo crescimento descontrolado de células aberrantes, que mata pela invasão destrutiva de órgãos normais (American Cancer Society, 2001). Sua etiologia continua sendo motivo de inúmeras controvérsias, mas a doença ainda vem sendo uma das principais causas de morte em diversos países. Segundo Pontes (2000, pág. 3), “apesar de todo o empenho já dirigido ao seu controle, os resultados ainda são desanimadores”.

Falar dos fatores que contribuem para o desenvolvimento e a progressão do câncer é ainda um tema polêmico tanto no âmbito da Medicina, quanto da Psicologia. Do ponto de vista médico, parece não restar dúvidas que os fatores internos e externos são promotores e/ou desencadeadores da doença. Mesmo assim, cientistas não conseguem chegar a um comum acordo devido ao grande número de fatores etiológicos da doença. Do ponto de vista psicológico, já em 1854, depois de Galeno, Amussart, citado por Moreira & Filho (1992), foi o primeiro a descrever o luto como sendo uma das causas mais comum que propiciava o aparecimento do câncer. Foi, então, a partir de Amussart, que inúmeros outros pesquisadores buscaram relacionar principalmente o luto, a depressão e o estresse, com o câncer, apontando-os como os principais fatores que contribuem para a promoção e/ou desencadeamento dessa doença. Em seguida, diversos outros cientistas passaram a não aceitar a relação direta entre o luto e a manifestação da doença, mas, primeiro, a supressão do sistema imunológico, e depois

sim, a manifestação do câncer. No entanto, a aceitação dos aspectos emocionais que podem contribuir para a manifestação da doença, atuando como agentes promotores e/ou desencadeadores, ainda é restrita, e na maioria das vezes, ainda desprezados pelos modelos investigativos-etiológicos clássicos (Simonton & Creighton, 1987).

Comentam Simonton & Creighton (1987):

Apesar de ser do conhecimento geral que existem fatores psicossomáticos na pressão alta, nos ataques cardíacos, nas dores de cabeça e em certos distúrbios da pele, a conexão psicossomática com o câncer não é aceita, em geral, não obstante a idéia de que a existência de tal conexão não seja nova nem revolucionária (pág. 35).

Para muitos pesquisadores, dentre eles Relier (1998), Vasconcellos (2000) e Simmons (2000), mesmo quando as evidências mostram os fatos, como no caso de alguns fatores psicológicos que contribuem para a manifestação do câncer, esses não são aceitos como científicos, e sim, tidos como especulativos, esquecendo-se de que o câncer pode ter uma etiologia multifatorial. “Temos, portanto, dentro da área da saúde, conceitos contrários de saúde, doença e de tratamento que se posicionam diametralmente opostos e assumem naturezas descartianamente paradoxais” (Vasconcellos, 2000, pág. 39).

Ainda com respeito aos fatores psicológicos que contribuem para a manifestação do câncer, mesmo sendo o luto, a depressão e o estresse, considerados agentes promotores e/ou desencadeadores da doença, os pesquisadores não descartam as possibilidades genéticas, hereditárias, viróticas, ambientais ou outros fatores que até o presente momento nos são desconhecidos. No entanto, concordam os autores que para que ocorra a manifestação do câncer, além de uma predisposição do organismo, é

necessária uma permissividade oferecida pelo sistema imunológico que pode estar rebaixado devido a influências psicológicas.

Segundo Amkraut & Solomon (1975), pesquisas por eles desenvolvidas revelaram que apenas a presença de um agente infeccioso no trato respiratório, não basta para uma proliferação e comprometimentos físicos. Portanto, faz-se necessário a modificação das condições da mucosa e da flora do trato respiratório, o que pode, segundo os autores, ser seguramente ocasionada por um estresse, seja ele de qual natureza for, permitindo com isso a multiplicação e passagem de microorganismos, causando danos ao organismo, que muitas vezes são até mesmo irreparáveis. Portanto, com relação ao câncer podemos pensar: Será que apenas o fato de termos presente no organismo uma célula do câncer é suficiente para a manifestação e proliferação da doença, ou é necessário, além disso, um outro fator desencadeante da doença, seja ele físico, químico ou emocional? Na tentativa de uma resposta é que inúmeras pesquisas estão sendo direcionadas para a descoberta desses fatores, sejam eles biológicos e/ou psicológicos, que podem ser determinantes, ou não, ao aparecimento e/ou à progressão do câncer (Amkraut & Solomon, 1975; Forsen, 1990; Baltrusch, Stangel & Titze, 1991; Navarro, 1991; Guo, 1992; Cooper & Faragher, 1993; Barraclough, 1999; Levenson & Bemis, 2000).

De acordo com Navarro (1995) e Relier (1998), ambos médicos, de origem italiana e seguidores da escola reichiana, o estresse, quando forte e intenso, pode agir sobre um embrião ou feto, mesmo dentro do útero materno, atuando sobre as células desse bebê, deixando registros negativos. Esses registros poderão permanecer latentes e nunca virem a desencadear doença alguma, ou então, em determinado momento da vida dessa criança, seja na infância, adolescência, idade adulta ou até mesmo na velhice, um novo estresse pode desencadear os registros formados pelo estresse primário, e com isso, ganhar forças para que ocorra uma intensa supressão do sistema imunológico e

permita o aparecimento de diversas doenças, inclusive o câncer. Portanto, segundo os autores, é possível que durante a gestação, o bebê também venha a se estressar com as crises sofridas pela mãe, o que oferece uma supressão do sistema imunológico, e uma maior permissividade ao organismo para que manifeste as doenças. (Navarro, 1995; Relier, 1998).

De acordo com Reich (1950), a gravidez pode ser considerada uma situação transitória que faz parte do processo normal do desenvolvimento. A complexidade de fatores que envolvem a espera de um bebê pode exigir do casal uma reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Maldonado (1986) também compartilha dessa opinião, e complementa dizendo que a expectativa da chegada de um filho, somada à aquisição de um novo papel, pode propiciar tanto um amadurecimento e aprofundamento na relação, como gerar crises e até mesmo romper com essa estrutura, quando for frágil e desequilibrada, motivo de muito estresse tanto para o casal, como para os filhos e demais familiares.

Tomando por base a compreensão da atuação do sistema nervoso, hormonal, imunológico e dos fatores psíquicos ligados a cada um desses sistemas, acredita Relier (1998) que um estresse materno pode perturbar o desenvolvimento do bebê ainda no útero e, muitas vezes, na ausência da adaptação, é capaz de provocar conseqüências nocivas e patológicas. Para uma melhor compreensão dessa atuação, encontramos em Verny & Kelly (1993) a menção de três canais de comunicação existentes entre a mãe e o bebê durante a gestação. Dizem os autores que o primeiro canal é o da comunicação fisiológica que se dá pela passagem do alimento através do cordão umbilical. O segundo, é a comunicação comportamental onde o feto pode manifestar, através de movimentos, seu desconforto, medo e ansiedade. O terceiro canal é o da simpatia, do sentimento de aceitação e diz respeito à sensação física e emocional que sente o bebê durante a gestação. Portanto, ainda de acordo com Verny e Kelly (1993), tanto o

estresse quanto a ansiedade, constituem uma forma de comunicação fisiológica da mãe à criança, apenas sendo nocivos ao bebê se ambos forem intensos e contínuos, por descarregarem uma grande quantidade de hormônios que poderão interferir no desenvolvimento do bebê ainda mesmo que no útero. Por outro lado, isso não significa que um estresse materno, mesmo grave, prejudique automaticamente a criança.

Desenvolvendo minhas atividades como psicólogo clínico, fazendo uso da abordagem corporal reichiana, constantemente me deparo com pacientes portadores de câncer. A grande maioria desses pacientes busca a psicoterapia como forma de apoio para enfrentar a doença; outros acreditam que suas emoções levaram ao desenvolvimento da doença, e por meio da psicoterapia anseiam compreender as possíveis causas, no intuito de eliminá-las. Foi então que, com o objetivo de conhecer melhor os fatores estressantes que estiveram presentes durante a gestação e primeiros anos de vida da criança, antes mesmo da manifestação da doença, decidi pesquisar e escrever a respeito desse tema.

## 2. CÂNCER

O corpo humano é totalmente formado por células, que variam seu formato de acordo com a localização onde se encontram. Temos, portanto, as células hepáticas, gordurosas, sangüíneas, nervosas, musculares, e muitas outras que, apesar de nomes e formatos diferentes, apresentam três estruturas básicas em comum: membrana, citoplasma e núcleo.

É no interior do núcleo de uma célula que encontramos os cromossomas, que por sua vez são compostos de genes que armazenam toda a informação genética numa “memória química” denominada ácido desoxirribonucleico (DNA). É por meio do DNA que os cromossomas transmitem as informações para o perfeito funcionamento da célula. Mas, por razões ainda pouco conhecidas, uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes, ocasionando mutações genéticas. Em virtude dessas alterações, as células passam a receber instruções truncadas para as suas atividades, e inclusive, podem desencadear um crescimento desordenado e o aparecimento de massas celulares denominadas neoplasias malignas ou câncer (Gyton, 1986).

Câncer é o nome dado há mais de 100 tipos de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar para diversas regiões do corpo e formar novos tumores, processo esse denominado metástase (INCA, 2001). Embora, freqüentemente, o câncer manifeste-se quase sempre pela formação de um tumor, este é o resultado final de uma série de mudanças que possivelmente demoraram anos para ocorrer.

O câncer tem sido estudado desde os tempos mais remotos, e não afeta apenas a espécie humana, mas pode atingir praticamente todos os organismos multicelulares, vegetais ou animais (Franks & Teich, 1990).

## **2.1. O câncer infantil**

Com relação ao câncer infantil, esse também corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. No entanto, as neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os tumores do sistema linfático. Esses tipos de neoplasias são seguidos pelo neuroblastoma (tumor de gânglios simpáticos), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), e em menor escala, pelos sarcomas (tumores de partes moles) (INCA, 2001).

O câncer pode surgir já no nascimento, ou se manifestar em qualquer outra idade. Abaixo dos 12 anos, ocorrem mais comumente as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os neuroblastomas. Acima desta idade, aparecem mais os tumores ósseos e os linfomas.

Apesar das causas da neoplasia infantil continuarem sendo um mistério, os índices de cura em crianças é muito significativo, podendo alcançar 90% nos tumores oculares, 80% nos tumores renais e alguns linfomas e 70% nas leucemias linfóides (American Cancer Society, 2001). Assim como o índice de cura do câncer infantil vem aumentando, também aumenta a incidência dessa enfermidade em crianças com menos de 15 anos (INCA, 2001).



Da mesma forma que encontramos diversos tipos de cânceres, diversos são os fatores que propiciam a manifestação da doença. De acordo com o INCA (2001), esses fatores podem ser internos ou externos, estando ambos inter-relacionados. Os fatores externos dizem respeito ao meio ambiente, aos hábitos e costumes próprios de um ambiente social e cultural. Já, os fatores internos, são na maioria das vezes geneticamente pré-determinados e estão ligados à capacidade imunológica do organismo. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, transformando células normais em células malignas.

Em muitas situações, o surgimento do câncer no adulto está associado claramente aos fatores ambientais como, por exemplo, fumo e câncer de pulmão, raios solares e câncer de pele. Já, no câncer infantil, essa associação não é observada claramente. (Smith, 1998). De todos os casos de cânceres, 80% a 90% estão associados a fatores ambientais. Alguns desses fatores são bem conhecidos tais como o sol e o câncer de pele. Fora isso, muitos outros fatores estão em estudos, como é o caso de alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e outros, ainda são completamente desconhecidos. Sabe-se apenas que qualquer que seja esse fator irá alterar a estrutura genética (DNA) das células, e que o surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores do câncer. Sendo assim, podemos tomar como exemplo, o câncer de pulmão, cujo risco de uma pessoa desenvolvê-lo pode ser diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que vem fumando, e o câncer de pele que está diretamente ligado ao tempo de exposição de uma pessoa aos raios nocivos do sol (INCA, 2001).

## 2.2. O câncer como modelo de doença integral

O câncer é considerado uma doença multifatorial. Isso significa que tanto do ponto de vista biológico, quanto do ponto de vista emocional, temos diversos fatores que podem originar e/ou desencadear a manifestação da doença. Portanto, torna-se difícil querer reduzir a história de um tumor a apenas um fator promotor e/ou desencadeante, pois, de acordo com Moreira & Filho (1992), no caso do câncer, devemos levar em consideração os seguintes fatos:

Ser uma doença geneticamente determinada e programada; incluir uma falha do sistema imunológico em algum momento de sua programação; ser susceptível a várias influências ambientais, tais como a ação dos raios ultravioleta no câncer da pele; ser susceptível à ação de várias substâncias tóxicas presentes artificialmente no habitat humano, como a nicotina no caso do câncer de pulmão; depender da influência de fatores alimentares, tal como é o caso de dietas excessivamente ricas em gordura, que podem favorecer o aparecimento ou a evolução de várias neoplasias; ser decorrente da ação de múltiplos agentes virais, os oncovírus, que explicam a etiologia de muitos tipos de câncer; ser susceptível à influência de fenômenos de estresse e a fatores psicológicos vários... (p. 135).

Quanto aos aspectos emocionais que contribuem para a manifestação do câncer, depois de Galeno, talvez tenha sido Amussart, citado por Moreira & Filho (1992), o primeiro buscar essa relação, tendo escrito que “*a influência do luto parece ser a causa mais comum de câncer*” (p. 133). A partir desse comentário é que muitos pesquisadores passaram também a investigar os fatores emocionais como o luto, depressão e o stresse, apontando-os como possíveis fatores que contribuem para a manifestação do câncer.

Tal qual muitos outros cientistas, ainda na década de 30, o médico austríaco Wilhelm Reich (1936, 1948), que durante muitos anos foi aluno e seguidor de Freud, também se aventurou a pesquisar e dar uma explicação para o câncer, primeiro, biológica, e depois, psicológica. Reich adquiriu diversos tipos de microscópios e montou seu próprio laboratório, onde passou a desenvolver pesquisas relacionadas a essa doença.

De acordo com a hipótese de Reich, ainda na década de 30, o câncer poderia estar relacionado a um processo de asfixia da célula, resultado de um bloqueio respiratório devido a uma contração do organismo como um todo, decorrente de um conflito emocional. Na sequência, Reich (1948) também relacionou o câncer com os bloqueios sexuais, e defendeu arduamente a posição de prevenir essa doença com vista aos aspectos físicos, emocionais e energéticos.

A explicação de Reich (1948) para a asfixia celular pré-cancerosa era ilustrada da seguinte forma: Por um lado, temos um grupo de pessoas que trabalha em conjunto em condições favoráveis, com espaço suficiente, sem medo e funcionando plenamente em todos os sentidos; Por outro lado, imagina-se que esse mesmo grupo seja colocado em um espaço comprimido. Segundo Reich (1948), imediatamente, surge o pânico, que nada mais é do que “uma rebeldia de impulsos vitais contra o perigo que ameaça a existência. A paz e a ordem desaparecem e se impõe as relações selvagens e a desordem” (p. 15). Segundo a explicação de Reich (1948), a célula entra num estado de medo, e conseqüentemente provoca uma contração no organismo todo e, além disso, não apenas coloca um “fim no funcionamento que antes era ordenado, como também cria um novo tipo de funcionamento: o pânico, que é mortal”. (p. 15). A essa contração do organismo, causada por situações emocionais, como por exemplo, o medo, Reich (1948) denominou de couraça.

Para Reich (1948), a contração crônica do organismo (couraça) impede a respiração normal do plasma celular e dificulta a carga e descarga da energia que ele denominou “orgônio”, uma energia presente dentro e fora do organismo e que o faz funcionar. Com isso, os processos químicos do metabolismo se transformam e a musculatura corporal reage contraindo-se por inteiro, numa atitude defensiva, formando assim a couraça. Portanto, são as contrações locais e os transtornos de carga de energia

nos tecidos que estimulam os registros já presentes na célula, provocando-as e permitindo a manifestação da doença.

Ainda segundo a visão de Reich (1948), os tumores se desenvolvem em órgãos espásticos e mal carregados energeticamente, ou seja, naqueles órgãos em que o processo de asfixia e, conseqüentemente de couraça, se faz presente. Sendo assim, Reich (1936, 1948) sustenta a tese de que um organismo saudável é aquele que respira livremente, sem medo, sem tensões e sem couraças apresentando uma boa qualidade de energia que circula livremente, levando energia para todas as células do corpo.

Mesmo nessa época, Reich (1948) também dava importância às possibilidades hereditárias que podiam estar envolvidas na origem e progressão do câncer, afirmando que “algo”, comportando-se como um parasita infeccioso, poderia estar presente no organismo antes mesmo do aparecimento das células cancerosas.

Reich (1948) também hipotetizou que a manifestação do câncer podia estar relacionada a uma perda, por morte ou separação, de uma pessoa querida, e que, no período de aproximadamente um ano, ocorria a manifestação da doença. Isso porque o organismo se encolhia devido à dificuldade de lidar com o sofrimento, diminuía a respiração das células, se encouraçava e com isso, a doença tinha uma grande possibilidade de se manifestar.

Cabe lembrar que, as hipóteses de Reich foram formuladas na década de 30, quando ainda as pesquisas sobre o câncer eram precárias. No entanto, algumas delas, como por exemplo de que a manifestação do câncer estaria ligada a uma perda de uma pessoa querida, também é defendida por inúmeros cientistas, na atualidade. Podemos tomar como exemplo, os trabalhos desenvolvidos por Reed & Jacobsen (1988) que consideram que os estados psicológicos alteram as células normais, transformando-as em malignas. Afirmam os autores que leva em média cinco anos para que uma

neoplasia inicial se manifeste, mas que geralmente, foi o estresse decorrente de uma perda significativa, sofrido pelo paciente no período de um ou dois anos atrás, o responsável pelo início da doença.

Nos tempos atuais, para explicar a origem e progressão do câncer, Franks (2000) faz menção a um "agente iniciador", que causa o câncer, e um "agente promotor", que proporciona a manifestação da doença. Um agente iniciador não leva de imediato ao aparecimento do tumor, da mesma forma que um agente promotor não causa por si só o aparecimento do câncer. Como agentes iniciadores, Franks cita os carcinógenos químicos, vírus, radiações, luz ultra-violeta, erros de replicação do DNA e também menciona a possibilidade de existirem outros fatores que ainda são desconhecidos; como agentes promotores, sugere os hormônios do crescimento, inflamações e alguns promotores específicos. Dessa forma, uma vez que a mudança na célula teve lugar, esta mesma célula pode permanecer latente por um longo período de tempo até que sobre ela atuem os agentes promotores, levando à manifestação do câncer. "Isto explica porque tumores pré-neoplásicos ou mesmo, aparentemente, totalmente transformados podem ser encontrados, mas não parecem estar crescendo e, algumas vezes, até mesmo regridem" (Franks, 2000, pág. 7).

### 3. ESTRESSE

Quando se fala em estresse, a imagem que geralmente conseguimos formar, é de um alto executivo viajando em seu jatinho particular, percorrendo diversos lugares em apenas um dia, a fim de cumprir com os compromissos profissionais. No entanto, não é apenas o alto executivo que passa por situações estressantes. O estresse não escolhe classe social, idade, raça ou cor, nem tampouco diz respeito apenas às questões negativas. Situações positivas também podem ser muito estressantes. (Simmons, 2000).

A concepção de estresse, compartilhada entre diferentes autores com uma concordância unânime, refere-se a uma resposta biológica frente a uma nova ou difícil situação; uma perturbação do equilíbrio interno do organismo, causada por um agente ou estímulo estressor. Entende-se por estressor qualquer estímulo capaz de provocar no organismo o aparecimento de um conjunto complexo de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais (Selye, 1974).

Hans Selye (1974) foi quem pela primeira vez estudou profundamente o estresse, termo esse que é utilizado em três condições: como situação, como reação aguda ou como reação a longo prazo. Todos os estímulos do meio ambiente quando adotam características adversas e/ou punitivas podem ser estressantes. No entanto, para que esses estímulos se tornem estressantes, dependem da intensidade, da frequência e da qualidade dos mesmos. Ainda segundo Selye, o estímulo estressor pode provocar uma reação orgânica basicamente em três níveis distintos:

**a) Motor:** gera tensão ao longo dos músculos estriados do corpo;

**b) Vegetativo:** excita o sistema neurovegetativo, com predomínio do sistema nervoso simpático que ocasiona a liberação de catecolaminas. Como catecolaminas podemos citar a adrenalina, noradrenalina, serotonina, oxitocina, epinefrina e dopamina;

**c) Subjetivo-cognoscitivo:** altera a memória e a capacidade de concentração.

Na presença de um estímulo estressor, uma série de alterações passam a ocorrer no organismo, mas o estresse não implica, obrigatoriamente, numa alteração patológica e doentia (Selye, 1974). Apesar de sua concepção ser um fenômeno negativo, “em uma certa medida, o estresse é necessário à vida para a manutenção e aperfeiçoamento da capacidade funcional, autoproteção e conhecimento dos próprios limites” (Samulski, Chagas & Nitsch, 1996, pág. 11).

O estresse pode também fazer com que a pessoa fique mais atenta e sensível a situações de perigo ou de dificuldade. Porém, se o estresse for excessivo, produzirá modificações na estrutura e na composição química do corpo, podendo atingir níveis degenerativos (Cabral, et al 1997).

Selye (1974) demonstrou que o organismo participa como um todo quando exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador da homeostase, seja ele físico, químico, biológico ou psicossocial. Dessa forma, o organismo passa a desenvolver uma série de alterações denominadas, em seu conjunto, de Síndrome Geral de Adaptação (SAG), que consiste em três etapas:

**1) Reação de Alarme:** o organismo entra em prontidão e permanece em estado de alerta. Ocorre a participação do sistema neurovegetativo e um predomínio do sistema nervoso simpático. Nesse caso, o hipotálamo, localizado no sistema nervoso central, promove a liberação do "*corticotrophin releasing hormone*" (CRH), que estimula a hipófise anterior a liberar para a corrente sanguínea um outro hormônio chamado

adrenocórticotrófico (ACTH), além de outros neuro-hormônios e peptídeos cerebrais, como por exemplo, as beta-endorfinas, hormônio tireoestimulante (TSH) e prolactina. Quando o ACTH estimula o córtex das glândulas supra-renais, ocorre a liberação de corticoesteróides e catecolaminas que são elementos fundamentais da resposta ao estresse, estabelecendo um mecanismo de *feedback* atuando sobre o eixo hipotalâmico-hipofisário, que irá alterar o mecanismo fisiológico do organismo (Gyton, 1986). Quando os agentes estressores desaparecem, as alterações corporais devem regredir; caso contrário, o organismo será obrigado a manter seu esforço de adaptação e entrar na segunda fase;

**2) Fase de Resistência:** ocorre um acúmulo da tensão e o organismo começa a adaptar seu metabolismo para suportar os estímulos causadores do estresse. Há um aumento no volume da glândula supra-renal, uma atrofia do baço e das estruturas linfáticas e um aumento dos glóbulos brancos do sangue, conhecido por leucocitose. A permanência do estresse leva a pessoa para a terceira fase;

**3) Fase de Exaustão:** esta fase ocorre apenas em situações graves e persistentes. Há um estado de esgotamento do organismo, diminuição das defesas imunitárias e uma acentuada queda da capacidade adaptativa do indivíduo, podendo até mesmo levá-lo à morte.

Segundo a concepção de Selye (1974), o estresse nada mais é do que um estado de tensão do organismo, que se vê obrigado a se mobilizar por inteiro para enfrentar essa nova situação. Complementando essa idéia, Silva, Martinez & Almeida (1994) afirmam que esta deveria ser uma situação transitória, como acontece com os animais, caso o homem não tivesse desenvolvido certas peculiaridades psicológicas que o deixa despreparado para enfrentar determinados estímulos.



A visão do médico americano Alexander Lowen (1985), seguidor de Reich durante muitos anos, e criador da chamada Análise Bioenergética, é que todo estresse produz um estado de tensão no corpo, que desaparece assim que a pressão é aliviada. Por outro lado, diz Lowen (1985) que a tensão pode se tornar crônica e dessa forma persistir mesmo após a remoção da pressão, assumindo um endurecimento muscular, uma couraça, termo esse cunhado por Reich nos anos 30. Portanto, Lowen (1985) afirma que: “Estas tensões musculares crônicas perturbam a saúde emocional através do decréscimo de energia do indivíduo, restringindo sua motilidade (ação espontânea e natural e movimento da musculatura), limitando sua auto-expressão” (pág. 13).

De acordo com Cabral et al (1997), o estresse pode ser físico, emocional ou misto, sendo este último o mais comum. O estresse físico está associado a eventos como cirurgias, traumatismos, hemorragias e lesões em geral; o estresse emocional está ligado a acontecimentos que afetam o indivíduo psicologicamente, sem que haja relação primária com lesões orgânicas; o estresse misto resulta de uma lesão física acompanhada de comprometimentos psíquicos ou vice-versa.

Enquanto algumas pessoas são capazes de superar estresses significativos como a perda de um ente querido, desemprego, dificuldades nos relacionamentos conjugais, familiares, financeiras ou sociais, outras reagem com uma ativação fisiológica maior aos acontecimentos estressantes e podem dar início a transtornos psicológicos, psiquiátricos ou até mesmo ao desenvolvimento de doenças. Com isso, o estresse produz um estado psicológico desagradável que pode ser caracterizado por irritabilidade, nervosismo, distúrbio de sono, do apetite e dificuldade de concentração.

De acordo com Samulski, Chagas & Nitch (1996), a ansiedade também pode estar presente no estresse e é uma atitude fisiológica normal, responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo. Aparece como um sentimento de apreensão, uma

sensação de que algo está para acontecer, e representa um estado de alerta e agitação constante. No entanto, ansiedade não é o mesmo que estresse, mas pode ser considerada um dos componentes psíquicos que, juntamente com o medo, pânico, apreensão, angústia, desespero, ou outra emoção qualquer, provoca alterações fisiológicas no organismo, estressando-o tanto de forma física, quanto emocional.

Na prática, essa situação pode ser vista por meio de experimentos laboratoriais feitos com animais e observações de seres humanos que revelam que pessoas que vivem um significativo espaço de tempo durante um estado patológico de ansiedade, podem vir a desenvolver um estresse (Cabral, et al 1997).

Sendo assim,

Partindo de uma observação que tem o aspecto temporal como referência, o estresse pode ser considerado tanto um agente precursor, como também uma reação secundária. Exemplificando esta situação se diz que: se o sentimento de frustração aparece como determinante do estresse em um momento, em outra situação ela é observada como consequência do mesmo. Com outras palavras, estresse configura-se como uma forma especial de ativação, a qual por sua vez pode aparecer como uma possível reação do estresse, ou seja, o estresse age como propulsor da ansiedade e a mesma pode ser compreendida como uma emoção do estresse (Samulski, Chagas & Nitch, 1996, pág. 23-24).

Levando em conta que cada pessoa reage de determinada maneira perante um estímulo qualquer, Samulski, Chagas & Nitch (1996) questionam sobre quais critérios definiriam os estímulos percebidos como estressores e afirmam que:

A princípio todo e qualquer estímulo pode tornar-se um estressor, dentro de uma perspectiva subjetiva. Com isto, parece um pouco sem sentido dentro de uma concepção psicológica, criar catálogos de estressores, pois cada situação deverá ser orientada a categorias subjetivas de avaliação (Samulski, Chagas & Nitch, 1996, pág. 29).

É sabido que todas as pessoas passam por eventos estressantes na vida, que abrangem desde componentes emocionais, como o medo e a ansiedade, até

componentes ambientais, biológicos e físicos como é o caso de ruídos excessivos, poluição, sobrecarga de trabalho e muitos outros. No entanto, cada pessoa responde de determinada maneira. Algumas são mais sensíveis, ao passo que outras são mais resistentes. Entretanto, independente da sensibilidade e da resistência, alterações fisiológicas poderão ocorrer, fazendo com que o organismo mais sensível ao estresse responda de forma crucial ao complexo interjogo existente entre o meio interno e o ambiente.

### **3.1. ESTRESSE DURANTE A GESTAÇÃO**

Para Moore & Persaud (1995), é a partir da fecundação que encontramos o início da formação da vida, quando ocorre a fusão dos gametas masculino e feminino e da bagagem genética do pai e da mãe.

Os avanços científicos demonstram que, quando os espermatozóides são depositados na vagina, o seu transporte para a tuba uterina, local onde ocorre a fecundação, é tão rápido, que o primeiro espermatozóide chega em 30 minutos após a ejaculação (Vander, Shermann & Luciano, 1981). No entanto, os espermatozóides são detidos pelo sistema imunológico feminino por serem considerados agentes estranhos ao organismo materno e que precisam ser combatidos, mas a capacidade imunológica dos espermatozóides faz com que consigam sobreviver a esse poderoso ataque e se aproximem do óvulo para a fecundação.

Aproximadamente 20 horas após a fusão dos núcleos do óvulo e do espermatozóide, ocorre a primeira divisão do zigoto em células-filhas chamadas blastômeros. Quando o zigoto alcançar 12 ou mais blastômeros será chamado de mórula, que após ter passado da tuba uterina em direção ao útero, converter-se-á em

blastócito. Por volta do sexto dia após a fecundação, o blastócito encontra-se no útero, onde suas células trofoblásticas irão secretar substâncias para corroer as paredes do útero e permitir a nidação, dando início à formação da placenta e ao processo da gestação (Moore & Persaud, 1995).

A placenta é um órgão provisório que inicia sua formação com a implantação do zigoto nas paredes uterinas. É através dela que o bebê em formação irá receber o alimento e o oxigênio provindos da mãe. Além de protegê-lo, a placenta produz hormônios durante todo o período da gestação, os quais são fundamentais para a manutenção da gravidez (Moore & Persaud, 1995).

Durante muito tempo acreditava-se que o feto vivia num mundo isolado, impenetrável e inacessível ao ambiente fora do útero da mãe. Considerava-se o útero como um lugar absolutamente silencioso e que o feto vivia num estado nirvânico de plena satisfação e felicidade, protegido pelas espessas camadas abdominais.

Apesar de cientistas ainda continuarem afirmando que o funcionamento do mecanismo mental do indivíduo têm seu início apenas após o nascimento e continuarem acreditando que o feto somente pode ser alcançado por estimulações tácteis, pesquisas recentes demonstram que todos os sentidos humanos encontram-se operando pelo menos a partir de um determinado momento do segundo trimestre da gestação, respondendo portanto aos estímulos tácteis, de pressão, cinestésicos, térmicos, vestibulares, gustativos e dolorosos.

Já nos anos 40, Reich (1948) dizia que somos todos constituídos de energia e, portanto, devemos ter um organismo pulsante bioenergéticamente para que não nos encolhamos e, conseqüentemente, possamos nos prevenir das doenças. E complementa essa idéia afirmando:

A pulsação bioenergética é uma função que depende por completo dos estímulos do meio e dos contatos com este. As estruturas caracterológicas dos educadores constituem uma peça chave dentro do meio desde o instante do nascimento. O organismo da mãe cumpre a função do meio, desde o momento em que se forma o embrião, até o momento em que se concretiza o nascimento (Reich, 1948, pág. 360).

Na seqüência desse pensamento, Reich (1948) complementa dizendo:

É lógico supor que um útero que se contrai livremente representa um meio muito mais favorável para o embrião que um útero espástico e anorgonótico. Em um útero orgonoticamente vigoroso, a circulação de sangue e dos líquidos do corpo é mais completa e, por conseqüência, o metabolismo energético é mais eficiente. Mas, ademais, a capacidade de carga do tecido materno transmite-se ao embrião, o qual, na realidade é uma parte funcional da mucosa uterina (pág. 360).

Sabe-se hoje que fumo, álcool, drogas e qualquer outro tipo de substância injetada ou ingerida pela mãe atingem o feto. O mesmo se pode dizer da emoção e do estresse, que fazem com que a mãe descarregue em seu corpo hormônios que irão atravessar a placenta e alterar o ambiente em que o bebê está sendo formado e provocar vários problemas, tanto físicos, quanto psicológicos, uma posição arduamente defendida pelos seguidores de Reich, como Navarro (1995, 1996) e Rellier (1998), e outros que compartilham desse mesmo pensamento (Papalia & Olds, 2000). Esses hormônios são chamados de catecolaminas, e quando secretados em níveis aumentados pelo organismo da mãe quando num estado emocional de tensão, atravessam a membrana placentária e provocam no embrião ou no feto, uma agitação motora que pode ser entendida como um desconforto decorrente da descarga hormonal da mãe que atinge-o diretamente (Gyton, 1986).

Apesar dos primórdios da hipófise e da glândula tireóide já poderem ser identificados em embriões com três semanas de gestação e as glândulas supra-renais a partir da quinta semana, alcançando um tamanho considerável ao final do segundo mês de gestação, as secreções hipofisárias produzidas no feto somente exercem controle sobre o córtex da supra-renal a partir do quarto ou quinto mês de gestação. Portanto, a

passagem se dá diretamente da mãe para o bebê, através do cordão umbilical. (Windle, 1974; Moore & Persaud, 1995).

De acordo com Verny & Kelly (1993), uma excessiva secreção neuro-hormonal na mãe, provinda de um estado de ansiedade, medo, irritabilidade, nervosismo, insegurança, ou outro fator qualquer, poderá criar uma sobrecarga no sistema neurovegetativo da criança e ocasionar inúmeras dificuldades após o nascimento. Dizem os autores que o feto tentará compreender o significado dessas alterações fisiológicas fazendo com que, o que a princípio era apenas uma impressão confusa e desagradável, crie uma reserva de lembranças, às quais o bebê poderá recorrer mais tarde. A esse respeito, diz Boadella (1992): “Sensações de tensão e desconforto da mãe podem ser comunicadas para o feto, assim como sentimento de rejeição, culpa ou hostilidade em relação ao bebê que está se desenvolvendo” (pág. 39).

Outros autores também supõem que todas as experiências biológicas pelas quais passa o bebê desde a pré-concepção até o nascimento podem ficar registradas numa memória celular, de forma que tudo o que acontecer durante a gestação, poderá ter uma importância fundamental na formação e na estruturação da personalidade, da libido e dos impulsos (Boadella, 1992; Verny & Kelly, 1993; Navarro, 1995; Relier, 1998).

Recentes pesquisas sobre a sensorialidade fetal demonstram que o feto percebe numerosas sensações, que são essenciais para seu crescimento e desenvolvimento harmonioso. Utilizando-se do ultra-som, Piontelli (1995) observou o comportamento de várias crianças desde os estágios mais precoces no ventre, passando pelo nascimento até a infância.

Afirmou a pesquisadora:

Existe uma notável consistência no comportamento antes e depois do nascimento, e que muitas crianças pequenas apresentam sinais, depois

do nascimento, de terem sido influenciadas por experiências que tiveram antes de nascer (Piontelli, 1995, pág. 36).

Percebeu Piontelli (1995) que os primeiros movimentos fetais aparecem por volta da décima sexta semana de gestação e que demonstram um sinal de bem-estar do feto, enquanto o desaparecimento ou diminuição desses movimentos, é um sinal de alarme, de que algo não está bem com o bebê. A pesquisadora também verificou que o meio ambiente do feto é rico em estimulação acústica provinda do interior do corpo da mãe, o que se dá através dos movimentos gastrintestinais, cardiovasculares, do comer, beber, respirar, da voz da mãe e dos ruídos ambientais atenuados. Da mesma forma, estímulos visuais, podem alcançar o feto no ventre materno que, após a vigésima semana de gestação, pode responder à presença de uma forte luz quando aplicada ao baixo ventre da mãe.

Concluiu Piontelli (1995) que “há uma ligação sutil de continuidade comportamental e psicológica se estendendo do feto ao bebê e do bebê à criança” (pág. 235). Compartilhando dessa idéia, Relier (1998) sugere a possibilidade da existência de uma ligação entre mãe e bebê e vice-versa, determinante antes mesmo do nascimento, e que não é apenas uma união biológica, mas acompanhada de afeto, amor, e talvez, de angústia. O feto é estimulado por sensações de todos os tipos e é capaz de ver, sentir e perceber, ainda que certamente, não da mesma forma que uma criança ou adulto. Sendo assim, em se tratando de eventos estressantes, Verny & Kelly (1993) dizem que “grandes catástrofes, como a perda da casa ou a morte de um ser querido, podem esgotar as reservas emocionais de uma mulher grávida a ponto de torná-la incapaz de se comunicar afetivamente com o filho que carrega” (pág. 71).

### **3.1.1. O TERRENO BIOLÓGICO**

É também durante a gestação que tem início a formação da estrutura biológica e da estrutura caracterológica de cada pessoa. A estrutura biológica forma-se durante o período embrionário-fetal e dela faz parte o patrimônio energético e o terreno biológico. O patrimônio energético é formado pelas energias autógena e trofo-umbilical. Entende-se por energia autógena a energia gerada pela própria célula e trofo-umbilical a energia que é transmitida da mãe para a criança através da placenta e do cordão umbilical. Dessa forma, podemos encontrar indivíduos com baixa carga energética (hipoorgonóticos), com boa quantidade de energia (normoorgonóticos) e indivíduos com excessiva carga energética (hiperorgonóticos), o que caracteriza o patrimônio energético de cada pessoa. Essa era a visão de Reich (1948), ainda que nos anos 40, e compartilhada até os dias atuais por seus seguidores (Boadella, 1992; Navarro (1995, 1996).

Portanto, Reich (1948) acreditava que:

Se a origem da biopatia de encolhimento remonta ao desenvolvimento do embrião, o passo seguinte consistirá em investigar a influência do sangue materno sobre o embrião, isto é, o efeito da orgonidade do organismo materno – sobretudo do estado bioenergético dos órgãos genitais – sobre o embrião (Reich, 1948, pág. 360).

E também foi partindo desses conhecimentos reichianos, que o hidrólogo francês J. C. Vincent (2001), procurou dar a sua contribuição e desenvolver seus estudos em direção aos terrenos biológicos do organismo humano, que servem para determinar o equilíbrio bioquímico e biofísico do organismo.

Segundo Vincent (2001), cada organismo humano possui um terreno biológico específico que determina o tipo de doença que pode manifestar. Afirma o pesquisador que existem quatro diferentes tipos de terrenos a saber: a) alcalino oxidado; b) ácido oxidado; c) alcalino reduzido e d) ácido reduzido. Portanto, cada doença possui um tipo



de terreno que lhe permite se manifestar. Dessa forma, para que um vírus, fungo ou bactéria possa se manifestar é necessário um terreno biológico propício. Caso contrário, nenhuma manifestação dessa categoria irá ocorrer, o que explica atualmente a imunidade de alguns organismos para determinados tipos de doenças.

O terreno biológico de uma pessoa possui uma estreita relação funcional com os fluidos, tecidos e órgãos corporais, envolvendo-os num processo de armazenamento e equilíbrio celular. Fazendo uso de um equipamento chamado de BTA S-2000 (*Biological Terrain Assessment*) e de um programa de computador específico para fazer a leitura dos resultados, Vincent (2001) pôde analisar a capacidade da pessoa manter sua homeostase extracelular e verificar quais trocas morfológicas ocorrem no sangue, na urina e na saliva como resultado de um particular terreno biológico. A análise desses fluidos corporais objetiva obter os parâmetros de pH (ácido ou alcalino), o estado de oxidação ou redução de um pH e a resistividade elétrica presente nestes elementos, o que pode demonstrar a predisposição do indivíduo a determinadas doenças, inclusive ao câncer, conforme seja seu terreno biológico (Vincent, 2001).

Compreender um terreno biológico é como observar um agricultor efetuar um plantio. Não basta apenas semear e esperar o tempo necessário para o crescimento e a colheita. É um processo que envolve um enorme conhecimento da química do solo, da natureza da semente, do controle de nutrientes, de fertilizantes e da adequada quantidade de água e sol para que a colheita tenha sucesso. Sendo assim, quando o solo é rico em nutrientes e minerais, o agricultor terá a certeza de que a semente plantada irá germinar e crescer com força e vitalidade. Quando necessário, irá adubar o solo e tomar medidas cabíveis para o combate de microorganismos e insetos invasores que possam destruir a planta.

Da mesma forma que a plantação, o corpo será forte e saudável quando a química do organismo de uma pessoa estiver em equilíbrio e for mantida com uma alimentação saudável, vitaminas e suplementos minerais, exercícios adequados e descanso. Por outro lado, caso o corpo esteja carente desses elementos, carregado de química ou exposto a exercícios agressivos ou estresse excessivo, será incapaz de manter um forte sistema imunológico e estará mais susceptível a doenças. Esses fatores, quando em excesso, alteram a bioquímica do organismo humano permitindo um decréscimo da saúde e da vitalidade corporal (Greenberg, 2001).

Portanto, eventos estressantes como, por exemplo, o medo, quando sentido pela mulher grávida, pode alterar o equilíbrio fisiológico da mãe, e conseqüentemente, o equilíbrio fisiológico do bebê. Essa alteração também pode ser acionada por outras emoções, que se forem intensas e duráveis terão o mesmo efeito (Verny & Kelly, 1993).

Holmes & Rahe *apud* Lipp (1990, pág. 34), entrevistaram 5000 pacientes adultos hospitalares e descobriram que quanto mais estressantes forem as mudanças que ocorrem na vida de uma pessoa, maior será a probabilidade do aparecimento de doença nos próximos dois anos. Os autores classificaram o grau de estresse de eventos de vida que haviam precedido as enfermidades e chegaram aos seguintes resultados:

**Tabela 1:** Eventos de vida considerados estressores, segundo Holmes-Rahe

<b>Eventos estressores</b>	<b>Valor médio</b>
Morte do cônjuge	100
Divórcio	73
Separação	65
Prisão	63
Morte de parente próximo	63
Doença pessoal	53

Casamento	50
Perda de emprego	47
Aposentadoria	45
Doença na família	44
Gravidez	40
Problemas sexuais	39
Novo emprego ou mudanças no trabalho	39
Alterações financeiras	38
Morte de um amigo próximo	37
Troca de profissão	36
Discussão com o cônjuge	35
Obtenção de financiamento	31
Hipoteca ou empréstimo	30
Promoção ou rebaixamento no trabalho	29
Saída de um filho de casa	29
Problemas com parentes do cônjuge	29
Importante empreendimento	28
O cônjuge começa a trabalhar ou abandona o emprego	26
Entrar ou sair da escola	26
Mudanças nas condições de vida	24
Problemas com chefia	23
Mudanças nas condições ou horário de trabalho	20
Mudança de casa	20
Mudança de escola	20
Começar a praticar esporte ou atividade recreativa	19
Nova atividade social ou religiosa	18
Obtenção de pequeno financiamento	17
Alteração no padrão de sono	16
Mudança na frequência de reuniões familiares	15
Novos hábitos alimentares	15
Férias	13
Comemoração do Natal no estilo tradicional	12
Pequeno envolvimento com a lei	11

Fonte: LIPP, M. E. N. (1990). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone, pág. 34.

Em se tratando do bem-estar da mãe, e conseqüentemente do bebê, também “as atitudes do marido em relação à mulher grávida contribuem imensamente para sua aceitação ou rejeição da gravidez, para a maneira como vai vivenciar uma série de outras modificações como, por exemplo, as alterações do esquema corporal” (Maldonado, 1986, pág. 25). Por isso é que o bem-estar da mãe é essencial para que o bebê cresça num útero acolhedor e pulsante, visto que um estresse que perturba o ambiente da criança em desenvolvimento no útero pode ter conseqüências nocivas e patológicas (Relier, 1998).

Dessa forma, a mãe angustiada e estressada, que leva uma vida agitada e é incapaz de controlar seu estado emocional, tem grandes possibilidades de oferecer a seu filho um ambiente no qual poderá apresentar sérias dificuldades para se desenvolver harmoniosamente e crescer de forma saudável tanto física quanto psicologicamente. Esse tipo de mãe, muitas vezes descarrega em seu corpo as catecolaminas, que atravessam a placenta e podem atingir e comprometer a criança, tornando-a muitas vezes agitada no ventre materno (Relier, 1998).

Essa também era a opinião de Reich (1948), quando dizia que o cuidado da mãe com o filho, no que diz respeito ao contato físico e psíquico, deve ocorrer não apenas quando a criança nasce, mas muito antes disso, ou seja, já durante a gestação. Para Reich (1948) quando esse contato não acontece, uma série de disfunções energéticas pode ocorrer, o que dá margem a uma posterior desestrutura de caráter e energética, sendo essa a base para a manifestação de uma biopatia de encolhimento, e conseqüentemente das doenças, desde as mais simples, até as mais graves. Reich (1948), então, procura explicar a contração do organismo humano a partir do medo, um medo corporal, sentido pelo corpo todo, contraindo-se como defesa.

Portanto, uma gravidez indesejada, momentos de um estresse agudo ou qualquer outra situação de perturbação emocional que descarregue substâncias neuro-hormonais no organismo da mãe, poderá atingir o bebê em formação e causar nele uma sensação de pânico, angústia profunda, ou até mesmo um medo de aniquilamento, um medo de morte. Esse medo pode ser capaz de gerar um estresse sentido pela célula e fazer com que ocorra um registro dessa sensação em sua memória e altere de imediato ou posteriormente seu DNA, o que talvez seja a base de todas as patologias futuras (Navarro, 1995).

Slee, Murray-Harvey & Ward (1996), conduziram uma pesquisa que apontou como eventos estressantes para o adulto, as seguintes categorias, classificadas por grau de comprometimento, indo do mais para o menos comprometedor:

Tabela 2: **Eventos estressantes para o adulto, segundo Slee, Murray-Harvey & Ward**

Eventos estressantes para o adulto	Grau de comprometimento
Divórcio	1º lugar
Conflitos conjugais	2º lugar
Seqüestro de um membro da família	3º lugar
Hospitalização de um membro da família	4º lugar
<b>Doença séria na família</b>	5º lugar
Problemas disciplinares dos filhos	6º lugar
Problemas financeiros	7º lugar
Separação de um membro da família	8º lugar
Assalto em casa ou desemprego	9º lugar
Ausência do(a) companheiro(a)	10º lugar
Mudança de emprego	11º lugar

Outra pesquisa conduzida pela Working Women Education Fund (1981), apontou como fontes de estresse ocupacional em mulheres as seguintes categorias:

**Tabela 3:** Estresse ocupacional em mulheres, segundo a Working Women Education

Fund

<i>Estresse ocupacional em mulheres</i>
Falta de promoções ou aumento salarial
Baixo salário
Trabalho repetitivo e monótono
Não-participação na tomada de decisões
Carga de trabalho pesada ou horas extras excessivas
Problemas com a chefia
Descrições de cargos indefinidas
Chefia inflexível ou inacessível
Incapacidade ou relutância em expressar frustração ou raiva
Exigência de cumprimento de quotas de produção
Dificuldade para conciliar família e trabalho
Folgas inadequadas
Assédio sexual

Essas são situações que, de forma direta ou indireta, mesmo que aparentemente pareçam não ter estressado a mãe, podem estressar o bebê (Papalia & Olds, 2000).

Segundo Klaus & Klaus (2001) uma pesquisa feita com mulheres grávidas revelou que o feto de uma mãe tranquila é tranqüilo também. No entanto, dizem os autores que:

Em contraste, os fetos de mulheres com estresse crônico têm batimentos cardíacos rápidos e são muito ativos. As mulheres expostas a níveis muito elevados de ruído correm um risco maior de partos prematuros, além dos efeitos do ruído sobre o feto (...) Através de um processo complicado, o feto pode ser afetado por mudanças bioquímicas causadas pelas experiências emocionais da mãe (pág. 18).

### **3.2. ESTRESSE DURANTE OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Algumas experiências do parto também podem ser muito estressantes para o bebê e terem conseqüências futuras. Dessa forma, diz um dos seguidores de Reich: “o nascimento é um drama que pode determinar algumas das mais profundas características da nossa personalidade. Se o parto irá ou não se tornar um trauma, vai depender muito das condições do momento e da atitude dos participantes” (Boadella, 1992, pág. 43).

Caso as condições do parto sejam boas, isto é, sem violência, a probabilidade de se ter uma criança sem estresse e com menos conflitos físicos e/ou emocionais futuros será bem maior. Por outro lado, se as condições do parto e cuidados com o bebê nas primeiras horas de vida forem sufocantes, traumatizantes, estressantes de alguma forma, poderemos nos deparar com uma contração de todo o organismo do bebê, como resposta ao estresse e à ansiedade, e com isso, talvez, com o aparecimento de futuros comprometimentos tanto físicos quanto emocionais (Reich, 1950; Navarro, 1991; Boadella, 1992).

Nos primeiros anos de vida, a criança é incapaz de se alimentar sozinha, de se defender dos perigos e de perceber claramente o mundo exterior à sua volta. Se não for cuidada e amparada, poderá morrer. Por outro lado, possui uma capacidade surpreendente de se ajustar aos mais diferentes contextos sociais e culturais, e suas possibilidades de aprendizagem se desenvolvem continuamente. Entretanto, para que a criança possa se desenvolver e aprender tudo o que sua potencialidade lhe permite, é necessário um meio ambiente favorável que a estimule adequadamente. Segundo Reich (1948) “o recém-nascido é um ser cheio de vida e necessita vida ao seu redor” (pág. 356). Portanto, a maioria dos seus comportamentos depende essencialmente de

aprendizagem, mas tudo o que é excessivo, pode ser estressante para a criança (McCloskey & Waalker, 2000).

O estresse infantil assemelha-se muito ao estresse do adulto, e quando em excesso, pode gerar sérias consequências. Da mesma forma que eventos irritantes e amedrontadores, situações excitantes e felizes também exigem adaptação por parte da criança e provoca mudanças psicológicas, físicas e químicas em seu organismo (Lipp & Romano, 1987).

As crianças estão cada vez mais sendo solicitadas a satisfazerem as necessidades pessoais dos adultos, principalmente as necessidades dos pais. São constantemente expostas a problemas típicos de pessoas adultas e na maioria das vezes, vivem sob constante pressão psicológica. Apesar de situações estressantes fazerem parte da infância, a maioria das crianças aprende a enfrentá-las. Porém, se algumas dessas situações estressantes não forem bem administradas, poderão gerar na criança sensível sérios problemas de saúde física e/ou emocional (Arneil, 1999; Papalia & Olds, 2000).

Algumas situações que, normalmente não seriam estressantes para o adulto, como, por exemplo, ser atacada por um cachorro, podem ser fonte de grande estresse para as crianças. Isso pode vir a gerar traumas significativos e, inclusive, proporcionar a manifestação de doenças (Rossman; Bingham & Emde, 1997). É pensando nessa possibilidade traumática, que Navarro (1991), diz que a criança não deve ser separada da mãe, principalmente nos primeiros dez dias de vida. Da mesma forma, durante o primeiro ano de vida toda e qualquer separação deve ser gradativa para que a criança não se sinta abandonada e conseqüentemente estressada.

De acordo com Bassuk & Rubin (1987), a mudança de residência ou de escola pode ser um evento muito estressante para a criança. Afirmam os autores que essas



mudanças muitas vezes podem ser difíceis para a criança porque ela tem a sensação que esta perdendo os amigos e/ou algum tipo de controle sobre suas vidas.

Slee, Murray-Harvey & Ward (1996) pesquisaram 111 famílias cujos filhos tinham idade média de 5 anos e estavam na pré-escola. A pesquisa revelou que são eventos estressantes para a criança as seguintes categorias:

**Tabela 4:** Eventos estressantes para as crianças, segundo Slee, Murray-Harvey & Ward

<i>Eventos estressantes para as crianças</i>
Hospitalização dos pais
Separação dos pais
Exigências disciplinares
Hospitalização da criança
Seqüestro de membro da família
Mudança de residência
Ausência dos pais – sentimento de abandono
Morte de membro da família
Presenciar dificuldade de relacionamento dos pais
Nascimento de um novo irmão
Mudança de emprego dos pais

O excesso de trabalho da mãe, e as conseqüências que isso causa nela, também é apontado como um dos fatores estressantes para a criança. A mãe que trabalha muito em casa ou fora de casa e que não consegue administrar de forma tranqüila sua vida agitada, se estressa facilmente, torna-se uma pessoa irritada e agressiva e até mesmo se esquece de dar atenção ou perceber quais estão sendo as necessidades da criança naquele momento de vida. São mães que emocionalmente abandonam seus filhos, isolando-se num mundo difícil de ser penetrado pela criança. A criança se sente rejeitada e como se estivesse invadindo um espaço do qual não está incluída (Galambos, *et al* 1995).

Segundo Papalia & Olds (2000), tanto o nascimento de um novo irmão, quanto a

dificuldade de relacionamento entre irmãos, também são situações estressantes para a criança.

Enfim, para que um estímulo possa provocar estresse é necessário que o organismo seja sensível a esse estímulo (Gyton, 1986). Entretanto, não podemos esquecer de que é a personalidade de cada pessoa quem atribui valores e significados aos acontecimentos, tomando-os ou não por estressantes, temerosos, angustiantes e assim por diante (Reich, 1933; Navarro, 1995).

Já no segundo século depois de Cristo, Galeno havia observado a susceptibilidade que algumas mulheres apresentavam para desenvolver um câncer, tomando por base o temperamento particular de cada uma (Moreira & Mello Filho, 1992). Para Reich (1933), é a estrutura de caráter individual, somada à couraça caracterológica e muscular que faz com que uma pessoa tenha ações e reações diferenciadas. Dessa forma podemos dizer que em alguns casos o estresse pode constituir o fator patogênico mais importante da doença, mas em outros, representa apenas uma pequena ou nenhuma significância.

### **3.3. ESTRESSE, IMUNOLOGIA E CÂNCER**

De acordo com Reich (1948), toda e qualquer experiência de prazer proporciona um relaxamento no organismo como um todo, ao passo que toda e qualquer experiência de desprazer ou angústia, provoca, por sua vez, uma contração, um encolhimento. E é a partir dessa tese que Reich (1942; 1948) hipotetiza que, uma vez que o organismo se contrai, diversas disfunções podem ocorrer, indo desde uma simples angina pectoris até à formação de um câncer.

Utilizando-se do termo “biopatia de encolhimento” para referir-se a todas as enfermidades causadas por uma disfunção básica no sistema neurovegetativo, Reich (1948) diz que na presença de um encolhimento biopático do organismo, não se sabe ao certo quais fatores determinam a direção na qual uma biopatia irá se desenvolver; se esta será de ordem psíquica ou somática. Porém, afirma que existe um denominador comum para todas essas enfermidades: um distúrbio na função natural da pulsação total do organismo.

Para Reich (1948), o tumor do câncer é apenas um sintoma visível da enfermidade, mas não constitui a doença em si. É uma das manifestações de uma grave perturbação do equilíbrio energético do organismo, resultado de uma rebelião dos núcleos celulares contra os processos de asfixia e encolhimento do plasma que irá dar lugar ao “selvagem” crescimento das células cancerígenas. Portanto, uma pobre carga energética do organismo, somada a uma contração dos órgãos e da musculatura, e a uma respiração celular insuficiente, enfraquece o sistema biológico e imunitário do organismo tornando-o vulnerável à produção e/ou manifestação do câncer. Pelo que podemos perceber, a tese de Reich (1948) já era a de vários fatores operando em conjunto para que pudesse ocorrer a manifestação da doença.

Atualmente, os estudos sobre câncer, não buscam por uma única etiologia ou agente promotor da doença, mas sim, pelo interjogo de vários fatores como os psicológicos, os sociais, os genéticos, e principalmente, os imunológicos. Portanto, não podemos deixar de mencionar o sistema imunológico visto sua participação no processo de promoção e/ou manifestação do câncer estar se tornando inquestionável a cada dia.

Apesar de relatos de inúmeras pesquisas que associam câncer e depressão, câncer e luto, câncer e estresse, câncer e outros eventos emocionais, tais associações ainda tem sido desprezadas por muitos modelos investigativos-etiológicos clássicos.

Não faz muito tempo que os cientistas descobriram que as células do sistema imune, além da função de defesa do organismo, também são dotadas de uma memória. Com isso, nos últimos anos, uma série de pesquisas vem sendo desenvolvida a respeito de como as células, desde as mais primitivas até as mais evoluídas, são capazes de elaborar respostas complexas de defesa, quando desafiadas por diversos tipos de estresse (Meyer & Silva, 1999).

Linn *et al* (1984) estudando a resposta imune do organismo, puderam relacionar as doenças bacterianas, alérgicas, auto-imunes, câncer e disfunções do sistema imune induzidas pelo estresse e mediadas pelo sistema endócrino, trabalho esse que possibilitou o uso da expressão Psicoimunologia ou Psiconeuroimunologia, designando um novo campo de conhecimento. Desde então, novas revisões sobre o tema têm sido feitas com grande empenho.

Quando se fala em distúrbios no funcionamento do sistema imune, a associação comumente feita diz respeito às dificuldades do organismo em lidar com infecções. A chamada “teoria da rede”, formulada por Jerne (1974), que lhe consagrou o prêmio Nobel, proporcionou a compreensão do sistema imune como sendo um mediador entre as relações internas do indivíduo e seu meio externo, como um sistema auto-regulável e operando numa íntima associação com os sistemas nervoso e endócrino.

O sistema imune é conhecido a partir do estudo de seus órgãos e células. Os linfócitos são as células mais importantes, pois têm a função de defesa do organismo. São classificados em dois tipos: T ou timodependentes, cuja maturação ocorre na glândula timo, localizada no esterno, e os linfócitos B, cuja inicial provém da palavra inglesa *bone marrow* (medula óssea), local onde são caracterizados funcionalmente. Nos órgãos linfóides periféricos, representados pelo baço, gânglios linfáticos e por

estruturas linfóides espalhadas pelo organismo, encontramos a produção de anticorpos (imunoglobulinas), que interagem com antígenos no sangue.

Seja o estresse físico, psicológico ou social, este é visto como um “conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, freqüentemente com efeitos danosos” (Moreira & Mello Filho, 1992, pág. 121). Após a fase de esgotamento, definida por Selye, surgem as doenças, também chamadas doenças de adaptação, como ulcera péptica, hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas. Para Moreira & Mello Filho (1992), a resposta ao estresse se dá através da ação integrada do sistema nervoso, hormonal e imune e, “quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas” (pág. 122).

Imunidade é a capacidade que o corpo humano possui de se defender e resistir a quase todos os tipos de agentes patogênicos que tendem a lesar tecidos e órgãos. Essa defesa depende de uma ação coordenada entre substâncias e células, que em conjunto compõe o chamado sistema imunológico. Este, por sua vez, é capaz de reconhecer estruturas aberrantes que possam surgir no decorrer da vida, como por exemplo, as células neoplásicas (Gyton, 1986). Portanto, quando o organismo não possui um bom funcionamento do sistema imunológico, poderá sucumbir a diversas doenças, que podem ir desde as mais simples, até as mais complicadas, como, por exemplo, a formação de um câncer (Navarro, 1991).

Segundo Furian & Pohlmann (1998), durante o processo da divisão celular, a molécula de DNA que se encontra presente no núcleo da célula, se desmembra em dois filamentos que irão agir como um molde para que novas cópias do filamento sejam construídas. Apesar dessa replicação ser altamente precisa, eventualmente, um nucleotídeo incorreto pode ser inserido em um dos novos filamentos. No entanto, o

próprio núcleo da célula possui um mecanismo de defesa contra erros genéticos, através de sistemas enzimáticos reparadores do DNA. Caso não seja possível reparar o DNA danificado, através da ativação de seu mecanismo de morte celular programada, chamada de apoptose, a célula se autodestroi. Quando a célula transformada escapa do controle de qualidade intracelular e da apoptose, na maioria das vezes gera um pequeno tumor evolutivo que imediatamente é reconhecido como estranho ao organismo e desencadeia uma resposta imunológica específica.

O sistema imunológico, além de possuir a capacidade de destruir germes nocivos ao organismo humano, também é capaz de reconhecer estruturas estranhas aberrantes que possam surgir no decorrer da vida. No caso específico de tumores, os linfócitos T, que são responsáveis pela vigilância, reconhecem as células neoplásicas e imediatamente tentam eliminá-las, ao mesmo tempo em que geram linfócitos T de memória, capazes de reconhecer o mesmo antígeno por ocasião de um novo encontro.

Acredita-se que a maioria dos tumores são destruídos pelo sistema imunológico na fase inicial de forma que não se sabe qual seria a real incidência do câncer se não existisse o sistema imune. "Entretanto, segundo essa teoria, os tumores deveriam ser muito mais frequentes em indivíduos imunossuprimidos, fato que é observado apenas parcialmente" (Furian & Pohlmann, 1998, pág. 485).

De acordo com Navarro (1991), no câncer há um colapso da imunidade e resistência do organismo. O fato dos tumores crescerem ou não, está relacionado com a eficiência dos processos de imunidade. Assim, se o sistema imunológico estiver "desequilibrado", a probabilidade do desenvolvimento da doença aumentará. Como o sistema imunológico é também controlado pelo sistema límbico, podemos acreditar que o paciente com câncer apresenta todo um conjunto de elementos sócio-psicossomáticos. Já dizia Reich (1942): "... uma experiência psíquica pode provocar uma resposta

somática que produz uma mudança permanente em um órgão”, (pág. 63) um fenômeno que mais tarde, ele chamou de ancoragem somática de uma experiência psíquica, ou seja, couraça muscular.

Pesquisadores do Johns Hopkins Hospital (2000) demonstraram que o estresse causado por cirurgia suprime o sistema imunológico, resultando num aumento significativo do tumor do câncer e até mesmo propiciando a manifestação de outros tumores. Outros experimentos demonstraram que algumas linhagens de camundongos, geneticamente homogêneas, eram particularmente suscetíveis à indução do câncer por determinados vírus ou substâncias químicas, ao passo que algumas espécies eram mais suscetíveis a determinados agentes químicos, e outras, a nenhum desses agentes carcinógenos. Dessa forma, o risco de uma pessoa desenvolver câncer depende do balanço entre vários fatores como, por exemplo, a resistência genética herdada, ou então, a capacidade imunológica do organismo (Franks,1990).

Segundo Barros (1999),

O stress nunca é uma condição necessária ou suficiente para qualquer doença específica, ou para a doença em geral. Considera-se que existem provavelmente diferenças individuais muito importantes na reactividade psicobiológica ao stress, tais como as respostas cardiovasculares ou do sistema imunitário, ou o estilo comportamental, que explicam a influência diferenciada do stress nos vários sujeitos (pág. 55).

Edelman (2000), conduziu uma pesquisa com estudantes, e verificou que eles apresentavam uma diminuição da resistência imunológica em época de provas. Entretanto, percebeu também que alguns desses estudantes, mesmo sob estresse, não apresentavam alteração alguma em seu sistema imunológico. Mesmo assim, afirmou o autor que níveis elevados de estresse emocional em pessoas sensíveis, pode suprimir o sistema imunológico oportunizando o aparecimento de doenças, inclusive o câncer.

Para Dethlefsen & Dahlke (2000), o indivíduo goza de plena saúde quando o funcionamento psíquico e somático encontra-se em harmonia. Ao contrário, quando ocorre uma perda significativa dessa harmonia, o organismo entra num estado de desequilíbrio, manifestado no corpo através dos sintomas. Segundo Cabral et al (1997), o estresse emocional realimenta o desequilíbrio emocional, que pode vir a aumentar a produção de células anormais no momento em que o corpo encontra-se menos capacitado a destruí-las.

Todo o tipo de estresse psicológico dispara um conjunto de reações fisiológicas que suprimem as defesas imunitárias do organismo, tornando-o vulnerável e suscetível à produção de células anormais que contribuem para a manifestação do câncer. Com isso, uma série de pesquisas vem sendo desenvolvida nos últimos anos, a respeito de como as células, desde as mais primitivas até as mais evoluídas, são capazes de elaborar respostas complexas de defesa, quando desafiadas por diversos tipos de estresse (Simonton & Creighton, 1987; Forsen, 1990; Baltrusch, Stangel & Titze, 1991; Guo, 1992; Cooper & Faragher, 1993).

Apesar dos inúmeros tipos de tratamentos oferecidos nos últimos tempos para o câncer, os fatores que dão origem a essa doença, ainda continua sendo objeto de pesquisas. Inúmeros estudos estão atualmente revelando a necessidade de um comprometimento primário (in útero) e de um comprometimento secundário (pós-natal) para que ocorra a manifestação do câncer (Franks & Teich, 1990; Navarro, 1991; Graves, 1998). É o que demonstrou uma pesquisa conduzida por Graves (1998), que revelou que em alguns casos as alterações genéticas já se fazem presentes mesmo antes do nascimento da criança. No entanto, é necessário um evento secundário traumático pós-natal para completar o dano genético e ocorrer a manifestação do câncer tanto em crianças quanto em pessoas mais velhas, cujas células já estavam “afetadas” por lesões genéticas ocorridas no útero.



De acordo com Navarro (1991):

fala-se de terreno hereditário predisposto a fatores ambientais de natureza química, viral, alimentar, hormonal, parasitária, física do tipo irritativo mecânico ou radiante, da senilidade por causa da alta incidência com o avanço da idade. Estes fatores liberariam o poder cancerígeno que algumas células possuem em estado de latência (pág. 34).

Com base nas teorias psicanalíticas, Chiozza (1987) apresenta sua visão, supondo a existência de algumas condições necessárias para adoecer de câncer. Apesar de serem hipóteses de difícil comprovação, a primeira delas consiste em uma fixação a um período pré-natal da evolução libidinosa, que corresponde ao desenvolvimento embrionário. Diz o autor que todos os seres humanos experimentam fixações que permanecem como desejos inconscientes, insatisfeitos e reprimidos, e que configuram disposições latentes. Como segunda condição, Chiozza cita o fracasso libidinal que não foi alcançado pela pessoa durante as últimas fases da evolução da libido. A terceira condição consiste na impossibilidade do indivíduo descarregar a excitação gerada na fixação embrionária.

Alguns autores sugerem a existência de uma relação entre a vulnerabilidade hereditária e os fatores pessoais, familiares, sociais, econômicos e profissionais, que originam o estresse e seu conseqüente desencadeamento de doenças, que vai de uma simples azia à queda imunológica, que pode predispor infecções e até mesmo neoplasias (Linn, 1984; Furian & Pohlmann, 1998; Leiphart, 1998; Bernik, 2000).

Greene Jr & Miller (1958) estudaram diversos casos de linfomas e leucemia e puderam observar que a doença surgia após situações traumáticas como a perda ou separação de uma pessoa próxima, o que provocava na criança sentimentos de tristeza, desesperança e desespero, esgotando seus recursos psicológicos para lidar com a situação. LeShan (1966) também encontrou em seus pacientes entrevistados ou

acompanhados psicoterapeuticamente, uma perda de relação significativa, dificuldade para expressarem seus sentimentos mais hostis, sentimentos de desamparo, desesperança, tristeza e solidão, que se manifestaram antes do aparecimento da doença.

Simonton & Creighton (1987), partem da premissa de que o câncer é uma doença que diz respeito à pessoa como um todo, incluindo o corpo e a mente, e não simplesmente um fato isolado, idéia que ainda persiste em alguns meios científicos.

Afirmam os autores:

Acreditamos que os estados emocional e mental têm uma função importante tanto no que diz respeito à susceptibilidade à doença, incluindo o câncer, como na recuperação de qualquer doença. Acreditamos também que o câncer surge como uma indicação de problemas existentes em outras áreas da vida da pessoa, agravados ou compostos de uma série de estresses que surgem de 6 a 18 meses antes do aparecimento do câncer. O paciente canceroso, de maneira típica, reagiu a esses problemas e estresses com um sentimento de profunda falta de esperança e de desistência (Simonton & Creighton, 1987, pág. 21).

Complementando essa afirmação, Simonton & Creighton (1987) ainda são da opinião que o estado emocional “dispara um conjunto de reações fisiológicas que suprimem as defesas naturais do corpo, tornando-o suscetível à produção de células anormais” (pág. 21).

Segundo Gyton (1986), “acredita-se que todos nós produzimos células potencialmente cancerosas de maneira contínua, mas nossos sistemas imunes atuam como um gari, que arranca estas células anormais como se fossem grama antes que elas possam se estabelecer” (pág. 33).

Navarro (1991) sugere que tumores benignos podem estar presentes no organismo antes mesmo do nascimento. Do ponto de vista energético, significa que durante a vida intra-uterina a pessoa apresentou uma boa reação ao estresse emocional.

Mas esses tumores podem também se transformar em tumores malignos devido a condições de imunodepressão causadas por estresse existencial profundo e/ou prolongado. Sendo assim, um tumor se desenvolve quando há um rompimento no equilíbrio entre os mecanismos de defesa do organismo e as forças que provocam a anarquia celular.

Embora estudos indiquem que o câncer possa estar associado a processos depressivos e eventos estressantes, o National Cancer Institute (2001) diz que as evidências ainda são insuficientes para que se possa afirmar a relação direta entre as mudanças do sistema imune e o desenvolvimento do câncer.

Em se tratando do estresse infantil, pesquisas revelam que duas crianças do mesmo sexo e idade, quando expostas à mesma situação estressante não sucumbem por igual. Enquanto uma pode ficar extremamente doente, a outra permanece física e emocionalmente saudável. São as chamadas crianças resilientes, “que não são afetadas por circunstâncias que, na maioria das crianças, teriam um impacto altamente negativo em seu desenvolvimento” (Papalia & Olds, 2000, pág. 583). Portanto, independente dos fatores que causam ou proporcionam a manifestação do câncer serem físicos, químicos, genéticos ou emocionais, cientistas ainda buscam respostas para questões como: Por que uma pessoa que fuma durante muitos anos não desenvolve câncer? Por que pessoas que passam por situações estressantes e traumáticas na vida não manifestam essa doença?

E para finalizar, concordamos com Reich (1948) quando diz: “O período que vai desde a formação do embrião até o nascimento e deste até o final do primeiro ano de vida, aproximadamente, é para a biofísica orgonótica o período crítico na construção do sistema orgonótico de funcionamento” (pág. 362).

## **OBJETIVOS**

De maneira geral, o objetivo de nosso trabalho é compreender, por meio da análise do discurso das mães, os estresses, antes da manifestação do câncer, sofridos pela criança durante a gestação e seus primeiros anos de vida.

Mais especificamente procuramos identificar no discurso das mães:

- a) Identificar os eventos de vida e fatores estressores para as mães de crianças com neoplasia maligna, durante sua gravidez;
- b) Identificar os fatores estressores para a criança durante seus primeiros anos de vida.

## 4. METODO

Optamos pela realização de um trabalho de pesquisa qualitativa, “que busca a compreensão particular daquilo que estuda” (Martins & Bicudo, 1994, p. 23). Como método utilizamos a análise de conteúdo, que é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados, “uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência” (Bardin, 1977, p. 9).

A hermenêutica, a arte de interpretar os textos sagrados ou misteriosos é uma prática muito antiga, onde os cientistas sempre acreditaram que “por detrás de um discurso aparente geralmente simbólico ou polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar” (Bardin, 1977, p. 14). No entanto, a análise de conteúdo, que teve como berço os Estados Unidos, surgiu apenas no século XX.

Nos anos 50 houve um intenso debate entre os defensores da análise de conteúdo. Enquanto uns defendiam a análise segundo o caráter quantitativo, outros defendiam a validade de uma análise qualitativa, até decidirem que ambas possuíam o seu valor científico, porém pertenciam a campos de ação que eram totalmente diferentes. Enquanto a primeira obtém dados descritivos por meios estatísticos, a segunda corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável a índices não previstos ou à evolução das hipóteses. Portanto, a análise qualitativa “permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou várias variáveis do locutor (ou da situação de comunicação)” (Bardin, 1977, p. 115).

A análise de conteúdo oscila entre os pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade, ao mesmo tempo que “absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (o não dito), retido por qualquer mensagem” (Bardin, 1977, p. 9). Dessa forma, é importante considerar que a análise de conteúdo começa onde os modos tradicionais de investigação acabam (Reto & Pinheiro in Bardin, 1977, p. 13).

A análise de conteúdo é útil para se compreender a comunicação de um discurso além dos seus significados imediatos. É um conjunto de técnicas que analisa a comunicação, e “que oferece uma avaliação e uma análise que terão a virtude da objetividade e revelarão também os aspectos do material que poderiam ter escapado ao exame minucioso do clínico” (Bardin, 1977, p. 18). Por fim, a análise de conteúdo é um recurso que tem por objetivo tirar partido de um material dito “qualitativo” (Bardin, 1977).

Este trabalho tem um fim de compreensão, e não ser um catálogo de fatos estabelecidos. Consideramos empíricas algumas das teses e hipóteses aqui mencionadas, mas não pretendemos fazer afirmações acerca de certezas absolutas. A teoria aqui descrita está baseada em diversas escolas de pensamento no âmbito da Psicologia que se pronunciaram a respeito do assunto, mas o aporte teórico predominante utilizado é o das escolas reichianas.

#### **4.1. SUJEITOS**

Os sujeitos desta investigação foram 10 mães de crianças portadoras de neoplasia maligna, de condição sócio-econômica-cultural menos favorecida, hospedadas na Casa de Apoio à Criança com Neoplasia, localizada na cidade de Curitiba/Pr durante

o mês de fevereiro de 2001 e outubro de 2001. A Casa de Apoio é uma instituição não-governamental, que abriga acompanhantes de crianças com câncer, geralmente mães, que procuram o Hospital de Clínicas para tratamento de seus filhos. Essas mães, cuja situação financeira é precária, ficam hospedadas na Casa de Apoio durante todo o período do tratamento da criança. A escolha desta amostra foi por conveniência, ou seja, todas as mães que estavam hospedadas na Casa de Apoio durante o período da entrevista, foram convidadas a participar da pesquisa. Não houve nenhum critério de seleção das mães para as entrevistas.

A primeira etapa das entrevistas foi realizada no mês de fevereiro de 2001, quando todas as mães que estavam hospedadas na Casa de Apoio foram convidadas a colaborar com a pesquisa. Ao todo, participaram dessa primeira etapa 5 mães, cuja idade era de 28, 42, 26, 36 e 31 anos, respectivamente, e o tipo de câncer de seus filhos era leucemia (4 crianças) e retinoblastoma (1 criança).

Já, a segunda etapa desse trabalho foi realizada no mês de novembro de 2001, quando novamente todas as mães que estavam hospedadas na Casa de Apoio e que não haviam sido entrevistadas anteriormente, foram convidadas a colaborar com a pesquisa. Ao todo, participaram dessa segunda etapa outras 5 mães, cuja idade era de 24, 54, 30, 44 e 26 anos, respectivamente, e o tipo de câncer de seus filhos era leucemia (4 crianças) e tumor de Wilms (1 criança).

Da primeira vez, 8 mães de crianças com neoplasia estavam hospedadas na casa. Da segunda vez, 11 mães estavam hospedadas na Casa. Das duas vezes em que foram convidadas, todas as mães se prontificaram a colaborar com a pesquisa. No entanto, como nosso objetivo era obter uma amostra de 10 mães, as demais não foram entrevistadas.

## **4.2. INSTRUMENTO**

Como instrumento de pesquisa para a coleta de dados, optamos pela utilização da entrevista semi-estruturada, devido às vantagens que esta oferece.

Segundo Kelinger (1979):

Algumas vezes a entrevista é o único meio de se obter a informação necessária para uma pesquisa. E tem certas vantagens que outros métodos não têm. O entrevistador pode, por exemplo, depois de fazer uma pergunta geral, sondar as razões das respostas dadas. Uma das grandes vantagens da entrevista é, então, sua profundidade. Os pesquisadores podem ir mais abaixo da superfície das respostas, determinando razões, motivos e atitudes (p. 350).

A entrevista é um instrumento de pesquisa muito difundido e utilizado como técnica de investigação científica em psicologia. “Como técnica tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com os quais não só se amplia e verifica como também, ao mesmo tempo, se aplica o conhecimento científico” (Bleger, 1989, p. 9).

Desde os tempos mais antigos, a entrevista tem ocupado uma posição de destaque como instrumento de trabalho do psicólogo, e continua sendo a ferramenta principal para a análise de cada caso (D’Oliveira, 1984).

## **5.3. AMBIENTE**

As entrevistas foram realizadas na Casa de Apoio à Criança com Neoplasia, localizada na cidade de Curitiba/PR, que desde 1983 abriga crianças e seus acompanhantes vindos de diversos estados brasileiros, com condição sócio-econômica-cultural menos favorecida. A Casa de Apoio à Criança com Neoplasia é uma



Organização Não-Governamental – ONG, que se mantém por meio de donativos e campanhas contra o câncer.

A situação financeira da família é avaliada pela Assistente Social, no ambulatório de hematologia do Hospital de Clínicas de Curitiba, que em seguida encaminha a criança e seu acompanhante para a Casa de Apoio, onde ela irá permanecer o tempo necessário para o tratamento.

As entrevistas foram realizadas no refeitório, visto que a sala destinada ao serviço de Psicologia estar sendo ocupada. O refeitório era amplo, arejado, silencioso e bem iluminado, o que permitiu que as entrevistas transcorressem sem interferências ou interrupções. Ao todo, foram cinco visitas à Casa, sendo que a primeira foi para conhecer o local e as outras quatro para a realização das entrevistas. O horário da realização das entrevistas foi logo após o almoço, quando o refeitório permanecia vazio.

#### **4.4. PROCEDIMENTO**

Os dados dessa investigação foram obtidos em duas etapas, em sessões de entrevistas individuais com as mães de crianças com câncer. Durante a realização da primeira etapa, efetuamos 5 entrevistas a fim de testarmos a adequação do instrumento aos propósitos do estudo. Como o roteiro da entrevista e o procedimento metodológico revelaram-se adequados aos objetivos dessa pesquisa, nenhum dado foi alterado para as demais entrevistas. Na segunda etapa efetuamos outras 5 entrevistas.

Em ambas as etapas as entrevistas foram gravadas, transcritas e logo em seguida, as fitas foram desgravadas, conforme contrato estabelecido anteriormente com a mãe. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos.

Primeiramente anotamos alguns dados pessoais da criança e dos pais, e em seguida passamos para os demais conteúdos, conforme segue:

**1) Conforme eu for lhe perguntando, gostaria que você me dissesse tudo o que puder se lembrar a respeito da gestação de seu filho portador de neoplasia.**

a) Como você estava se sentindo fisicamente e emocionalmente, antes de engravidar?

b) A gestação foi programada e aceita pelo casal?

c) Como estava a situação financeira e profissional durante o período da gestação do bebê? Havia alguma preocupação?

d) Como estava o relacionamento do casal durante a gravidez?

e) Houve algum problema de saúde com você ou com o bebê durante a gestação?

f) Como estava seu estado emocional durante a gestação?

g) Algum medo, insegurança, conflito, ou algo parecido?

h) Houve alguma ameaça de aborto durante a gestação?

i) Houve alguma mudança de casa durante a gestação?

j) Houve alguma perda significativa de pessoa querida ou animal durante esse período de gestação?

k) Sofreu algum tipo de estresse durante a gestação que pôde também ter sido sentido pelo seu filho?

**2) Conforme eu for lhe perguntando, gostaria que você me dissesse tudo o que puder se lembrar a respeito do parto e primeiros dias de vida do bebê:**

- a) Quanto tempo após o rompimento da bolsa o bebê nasceu?
- b) Que tipo de parto teve e onde foi?
- c) Quanto tempo durou? Houve alguma complicação?
- d) O bebê ficou com você o tempo todo desde o momento que nasceu?
- e) Como você se sentiu durante o parto e nos primeiros dias após o parto?
- f) Como era a saúde de seu bebê nos primeiros dias de vida?
- g) Sabe se seu filho sofreu algum tipo de estresse durante o parto ou nos primeiros dias de vida?

**3) Conforme eu for lhe perguntando, gostaria que você me dissesse tudo o que puder se lembrar a respeito dos primeiros anos de vida de seu filho:**

- a) Foi amamentado no peito? Por quanto tempo? Como foi o desmame?
- b) Como era a saúde de seu filho nos primeiros anos de vida, antes do aparecimento da doença?
- c) Houve alguma situação que possa ser considerada estressante para seu filho antes do aparecimento da doença, como, por exemplo, perder alguém da família ou animal de estimação, mudança de casa ou escola, brigas, ou algo parecido?

Quando necessário, as entrevistas eram acompanhadas de perguntas complementares, de compreensão ou de conferência de entendimento, quando a mãe entrevistada demonstrava dúvidas acerca das informações prestadas, ou, então, a retomada da pergunta feita com vistas a estimular a mãe a continuar dando informações quando parecia, ao entrevistador, que ela já havia esgotado o assunto.

#### **4.5. CONTATO COM A CASA DE APOIO**

Por se tratar de um local de concentração de mães de crianças portadoras de câncer, optamos em realizar as entrevistas na Casa de Apoio à Criança com Neoplasia, localizada na cidade de Curitiba/PR. O primeiro contato com a Casa se deu por telefone, tendo sido atendido pela auxiliar de relações públicas da Casa, a quem pudemos expor nossos interesses e objetivos. Imediatamente fomos convidados a conhecer o local e chegando lá, fomos apresentados a alguns profissionais e mães que estavam hospedadas na Casa naquele dia.

Já nesse primeiro contato tivemos a oportunidade de conversar com algumas mães e saber um pouco sobre suas histórias e a relação destas com a doença de seus filhos. Ficamos muito comovidos com o que as mães disseram a respeito das dificuldades financeiras e emocionais que tiveram que enfrentar, e algumas ainda enfrentam, antes mesmo da descoberta da doença do filho, situação que parece ter agravado mais ainda no decorrer do tratamento da criança, o que é natural devido à distância da família, gastos com transporte, roupa alimento, além de muitos outros. Essas informações foram importantes para a formulação das perguntas das entrevistas, conforme apresentadas nesse trabalho, que tiveram início a partir da segunda visita à Casa de Apoio.

Após a primeira visita de observação à Casa de Apoio à Criança com Neoplasia, procuramos padronizar um roteiro de entrevistas. Quando retornamos à Casa para dar início às entrevistas, em fevereiro de 2001, novamente fui recepcionado pela auxiliar de relações públicas da Casa, que me acompanhou até a sala de TV, onde as mães estavam reunidas. Naquele dia, apenas 8 mães estavam hospedadas na Casa de Apoio. Eu disse às mães que estava realizando um trabalho sobre estresse para a Universidade e que gostaria de entrevistá-las a fim de obter maiores informações a respeito do assunto. Procuramos não entrar em detalhes sobre o objetivo da pesquisa, levando em conta a orientação de D'Oliveira (1984) quando diz que “às vezes a comunicação dos propósitos da pesquisa poderá alterar a natureza das respostas que os sujeitos dariam, alterando, conseqüentemente, sua espontaneidade” (p. 34). Comunicamos que as entrevistas seriam gravadas e os dados posteriormente publicados, mas asseguramos também a respeito do sigilo, onde todos os nomes apareceriam apenas pelas iniciais. Perguntamos, então, quem estaria disponível a ser entrevistada, e para nossa surpresa, todas as 8 mães se dispuseram a colaborar com o trabalho. No entanto, como nosso objetivo nesse primeiro momento era entrevistar apenas 5 mães, as demais foram dispensadas.

A segunda etapa das entrevistas foram conduzidas no mês de novembro de 2001, quando novamente buscávamos mais 5 mães dispostas a colaborar com o trabalho, no intuito de completarmos ao todo 10 entrevistas, uma amostragem que julgamos suficiente para o propósito desse trabalho. Nessa época, 11 mães estavam hospedadas na Casa de Apoio. Como da vez anterior, dissemos às mães que estávamos realizando um trabalho sobre estresse para a Universidade e que gostaríamos de entrevistar 5 delas a fim de obter maiores informações a respeito do assunto e completar o número de entrevistas que julgávamos necessário para a conclusão do trabalho. Novamente procuramos não entrar em detalhes sobre o objetivo da pesquisa.

No momento em que a mãe se apresentava para a entrevista, agradecíamos pela sua participação e novamente lhe dizíamos que as entrevistas seriam gravadas para facilitar a transcrição dos dados, mas que em seguida as fitas seriam desgravadas. Assegurávamos novamente que as informações eram sigilosas, mas que seriam publicadas posteriormente, sem que qualquer nome fosse mencionado, a não ser pela primeira inicial. Para tanto, necessitávamos da aprovação e autorização por escrito de cada uma delas (Anexo A).

Antes de darmos início à entrevista seguindo o roteiro pré-estabelecido, buscamos obter algumas informações sobre os dados pessoais da mãe, do pai e da criança. Também falamos um pouco sobre outros assuntos, como forma de “aquecimento” para ambos, entrevistador e mãe a ser entrevistada, na tentativa de propiciar um clima relaxado e o mais agradável possível. Quando percebíamos que a mãe já estava mais relaxada, perguntávamos a ela se poderíamos dar início à entrevista, ligando, portanto, o gravador.

Após a realização das entrevistas, as gravações foram ouvidas cuidadosamente e transcritas para o papel. Finalizada a transcrição, ouviu-se novamente a fita gravada, comparando a leitura do texto, verificando possíveis omissões e corrigindo a pontuação. Não havendo dúvidas quanto à transcrição, a fita foi desgravada, conforme contrato feito com a mãe no início da entrevista.

As entrevistas foram analisadas seguindo o método de análise qualitativa descrita por Bardin (1977). Primeiramente, iniciamos com a leitura das entrevistas, atentos para destacarmos pontos importantes relacionados aos possíveis fatores estressantes para a mãe, e conseqüentemente, para o bebê em formação. Em seguida buscamos destacar os mesmos pontos importantes, relacionados agora aos possíveis

fatores estressantes para a criança durante seus primeiros anos de vida, antes do aparecimento da doença.

De posse dessas informações, efetuamos o levantamento em categorias de estressores, comparando-os em seguida com todas as entrevistas realizadas, no intuito de verificar pontos em comum, os quais foram relacionados à teoria apresentada nesse trabalho.

## 5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 10 mães de crianças portadoras de câncer infantil. A leitura intensiva das entrevistas, conforme passo a apresentar, possibilitou agrupar os eventos estressores identificados nos conteúdos dos discursos individuais das mães, em categorias e sub-categorias de acordo com os significados neles expressos, permitindo a compreensão dos possíveis fatores estressantes para a mãe, e conseqüentemente para o bebê durante a gestação. As mesmas entrevistas também permitiram a identificação dos possíveis fatores estressantes para a criança em seus primeiros anos de vida, antes da manifestação do câncer.

### 5.1. ESTRESSORES DURANTE A GESTAÇÃO

#### **a) Gravidez indesejada**

- ? “Não foi nem programada, nem aceita no começo. Eu já tinha um filho e não queria engravidar tão cedo novamente. Fiquei muito assustada quando soube que estava grávida. (...) foi assim até o quinto mês, mas depois, fazê o quê... a gente tem que aceitar” (E2).
  
- ? “Não foi aceita não. Eu fiquei muito assustada... (...) depois me acostumei quando a barriga começou a crescer” (E3).
  
- ? “Não foi nem programada. Aconteceu... nem queria... Não é dizer uma coisa que a gente queria, assim...” (E7).



A não aceitação da gravidez, enfrentada pela mãe durante a gestação, pode ser considerada, em alguns casos, um evento estressor para ela, e conseqüentemente para o bebê em formação. Sendo assim, corroborando o discurso das mães com o referencial teórico, pudemos encontrar em Maldonado (1986), que não é nenhuma novidade que a gravidez por si só já é um evento estressante para a mãe e que, muitas vezes, também acaba sendo estressante para o bebê em formação. No entanto, tudo depende da forma como a mãe encara essa nova situação.

Já dizia Reich (1950), que uma gravidez indesejada pode gerar distúrbios na qualidade energética do útero e comprometer o desenvolvimento do bebê em formação. É o que também encontramos no discurso de Relier (1998) quando diz que essa situação, às vezes, pode ser tão estressante que acaba descarregando no organismo materno as catecolaminas, que podem comprometer a saúde do bebê e até mesmo provocar um aborto espontâneo.

Ainda com relação a esse evento estressor, encontramos autores reichianos como Boadella (1992), Navarro (1995) e Relier (1998), que sustentam a tese de que uma gravidez indesejada pode gerar um estresse para o bebê em formação, por descarregar uma série de hormônios adrenérgicos que são prejudiciais para o bebê, e que toda e qualquer gravidez indesejada, além de provocar um estresse no bebê, forma registros na memória celular, que podem provocar mais tarde sérios distúrbios que podem ser de ordem física e/ou emocional, contribuindo dessa forma para a manifestação das doenças.

Portanto, podemos pensar que o fato dessas mães não terem aceito a gravidez durante os primeiros meses, pode ter sido um fator estressante para o bebê em formação.

## **b) Problemas financeiros**

- ? “A gente tava passando por uma situação difícil” (E2).
- ? “...nóis não tinha dinheiro pra pagar aluguel. Muitas vezes não tinha nem o que comer mais a gente se virava como dava. Meu marido e eu trabalhava na roça e comia o que podia comprar. (...) Eu só ficava muito nervosa pela falta de dinheiro. Nóis era muito pobre mesmo e não podia fazer muita coisa. Então, eu chorava muito por isso” (E5).
- ? “Tava difícil porque eu tinha que trabaiá. Na época, o meu marido bebia, tudo. Já tinha os outros tudo grande” (E7).
- ? “Tava complicada financeira. Meu marido tava desempregado... A gente ficava preocupado e eu ficava muito nervosa porque não sabia o que podia acontecer” (E8).
- ? “Eu tinha que trabalhar muito. Eu trabalhei a vida toda como doméstica até o dia que ganhava os filhos. Nunca medi esforço pra isso” (E9).
- ? “...nós juntou o dinheiro pra ter o bebê e meu cunhado tava passando por dificuldade financeira e pediu emprestado e aí nóis empresto, só que daí nós ficamos sem o dinheiro. Aí eu fiquei muito preocupada e nervosa com isso porque tinha guardado o dinheiro pro parto e não tinha mais e meu cunhado não tinha dinheiro pra pagar a gente. Eu fiquei muito preocupada. Aí chegava um mês que tinha que pagar 250 real pra ver o sexo do nenê e eu não tinha dinheiro pra isso. Isso deixou a gente muito estressada” (E10).

Uma outra categoria de eventos estressores identificada no discurso das mães dessas crianças portadoras de câncer infantil, diz respeito aos problemas financeiros. Apesar dessa situação ser comum e encontrada na maioria dos lares, em alguns casos, pode ser considerada um evento estressor para a mãe, e conseqüentemente para o bebê em formação. De acordo com Reich (1950), qualquer fator externo que não seja do agrado da mulher grávida, pode deixá-la num estado de extrema ansiedade descarregando em seu corpo uma série de hormônios que atravessam a placenta e comprometem o estado físico, energético e emocional do bebê em formação. Essa mesma opinião é compartilhada por outros autores como Slee, Murray-Harvey e Ward (1996) e Holmes e Rahe *apud* Papalia e Olds, (2000), quando dizem que essa categoria de estressor pode causar sérios problemas por convocar a Síndrome Geral de Adaptação e conduzir o indivíduo a um esgotamento. Dessa forma, uma série de hormônios são descarregados na corrente sanguínea da mãe, passando imediatamente ao bebê que está sendo formado, interferindo em seu desenvolvimento físico e emocional, deixando registros latentes que mais tarde poderão dar origem a novas doenças.

Em relação a essa categoria de evento estressor, Navarro (1996) também brinda-nos com seus comentários dizendo que toda e qualquer preocupação é motivo de fortes estresses para a mãe grávida, que por sua vez, provocam uma descarga hormonal em seu organismo, podendo vir a comprometer o bebê em formação.

### **c) Conflitos conjugais**

- ? “Ele bebia muito, sabe. (...) ele chegava em casa bêbado. (...) Nós brigava muito por causa disso. (...) Eu chorava muito, xingava, tocava ele pra fora de casa mais não adiantava nada. Ele melhorava dois dias, mais depois, continuava bebendo” (E1).

? “A gente continuava brigando muito, ainda mais porque ele começou a beber mais ainda” (E3).

? “Era meio complicado. Tinha um pouco assim... como se diz... às vezes a gente sente um cheiro ruim... eu abusei... tinha um pouco assim... sei lá... eu não gostava... é como se eu não gostasse mais dele... É, não gostava do cheiro dele (E6).

? “Ah, a gente tava tendo muita briga porque meu marido num trabalhava e bebia muito, o dia inteiro... A gente só brigava por causa da bebida e dele não trabalhava... A gente discutia muito e ele dizia que o filho não era dele. Ele sempre bebia, mas nunca foi como essa vez que ele bebia mais ainda. Essa foi mais pesada.” (E7).

? “Então, essa situação financeira acabou atrapalhando muito. A gente ficava discutindo o tempo todo e ele ficava nervoso também. Eu era calma, mas fiquei nervosa nessa época” (E8).

? “Era bom não. Tudo era difícil. Ele ganhava muito pouco e eu tinha que trabalhar muito... a gente quando falava era só pra discutir e brigar” (E9).

? “... no começo ele não tava aceitando assim a gravidez... eu ficava muito nervosa com isso porque já fazia três anos que a gente tinha casado e não adiantava ficar esperando mais. A vó dela também queria porque ela era doente e queria ter a primeira neta” (E10).

Os conflitos conjugais, identificado no discurso das mães entrevistadas, enfrentados durante o período de gestação, também podem ser considerados, em alguns casos, um evento estressor para a mãe e para o bebê em formação. Tomando por base os

comentários de Reich (1950), os conflitos surgem quando somos incapazes de encontramos uma alternativa ou solução para resolvê-los. Sendo assim, nosso corpo responde com uma contração simpaticotônica descarregando hormônios que alteram nosso equilíbrio fisiológico e energético, e conseqüentemente, alteram nosso estado emocional. No caso da mãe grávida, essa mesma situação, por meio da mãe, passa para o bebê ainda no útero. Slee, Murray-Harvey & Ward (1996), também concordam que todo e qualquer tipo de conflito, pode ser um fator estressante para o casal, e conseqüentemente para os filhos. A mesma opinião é compartilhada por Verny & Kelly (1993), que acrescentam que as brigas entre o casal, quando sentida pela mulher grávida, pode alterar o equilíbrio fisiológico da mãe, e conseqüentemente, o equilíbrio fisiológico do bebê. Logicamente, tudo vai depender da forma com que a mãe enfrenta essa situação que pode ser estressante ou não.

#### **d) Ausência do companheiro**

- ? “... ele foi pra cidade do pai buscar outro emprego e voltava só no fim de semana. Eu ficava sozinha e chorava o dia todo. (...) Eu queria ir embora com ele, mas ele não queria. Vinha todo o fim de semana mais era muito pouco. Eu tava assustada” (E2).
- ? “...sentia a falta de meu marido. (...) Meu marido viajava muito e eu sentia a falta dele (...) Isso era motivo de apenas algumas discussões e tristezas...” (E4).
- ? “Acho que a presença deles é que já me aborrecia. Acho que eu gostava deles, mas queria ver eles longe porque no fundo no fundo meu marido ficava o tempo todo com eles e me deixava de lado. Eu e o bebê” (E6).

? “Acho que o pai que não queria aceitar ela e a criança sente isso na barriga. Eu me senti rejeitada por ele” (E10).

A ausência do companheiro, percebida pela mãe durante o período de gestação, foi uma outra categoria de evento tomada como estressor para a mãe, e conseqüentemente para o bebê em formação. Segundo Reich (1950) a presença do marido é de fundamental importância para que a mãe se sinta acolhida e amparada, principalmente no momento em que ela está gerando um filho. É, portanto, nesse momento que o pai faz a função de útero para a mãe, colocando-a numa situação de acolhimento, proteção e amparo, fazendo com que essa mesma situação seja sentida pelo bebê dentro do útero. Ainda de acordo com Reich (1950), quando isso não acontece, a mãe pode se sentir rejeitada e dessa forma, consciente ou inconscientemente, rejeitar também o seu bebê. Encontramos em Maldonado (1986), a mesma opinião quando diz que a presença do companheiro durante a gestação é de fundamental importância para que a mãe se sinta segura e acolhida, podendo proporcionar o mesmo sentimento ao bebê que está sendo formado em seu ventre.

Ainda em se tratando do tema ausência do companheiro durante a gestação, segundo Navarro (1996) e Relier (1998), algumas mães quando se sentem abandonadas pelo companheiro, entram num estado de extrema depressão e angústia, o que pode suprimir seu sistema imunológico e provocar uma descarga hormonal em seu organismo, impedindo dessa forma a livre circulação de sua energia, e conseqüentemente, da energia de seu bebê, formando assim um registro dessa sensação que pode ser de medo da morte, que ficará marcado nas células do bebê que ainda está em formação.

Verny & Kelly (1993), sustentam a tese de que um homem carinhoso e sensível traz à mulher grávida um apoio afetivo contínuo durante esses meses essenciais. Portanto, “a qualidade da relação entre a mãe e seu marido ou companheiro, o fato de se sentir feliz e segura ou ao contrário ignorada e ameaçada, tem consequências decisivas sobre sua criança antes do nascimento”. (p. 39)

Dessa forma, com base nos discursos das mães e nas teorias acima expostas, podemos tomar a ausência do companheiro como um evento estressor tanto para a mãe, quanto para o bebê em formação.

#### **e) Ansiedade**

- ? “...eu era muito nervosa...” (E1)
- ? “Durante a gestação inteirinha eu fui muito nervosa e agitada” (E5).
- ? “... tive alguns aborrecimentos porque moravam dois cunhados comigo na época em que eu engravidei... eu tinha muito enjôo. Então eu ficava muito aborrecida com eles e acho que isso piorava meu enjôo quando eles chegavam em casa... eu sentia raiva das pessoas sem elas me fazerem nada. Eu era nervosa sozinha, ninguém falava nada comigo” (E6).
- ? “Eu era muito nervosa” (E7).
- ? “Meu marido tava desempregado... fiquei nervosa nessa época” (E8).
- ? “Eu era muito nervosa. Era por causa da infecção e do meu marido não me ajudar e eu ter que trabalhar muito” (E9).

? “Sempre tive uma saúde boa mais era nervosa. Durante a gestação inteirinha eu fui muito nervosa e agitada... Tava duro porque eu morava perto da sogra e tinha que ajudar ela a limpar a casa, tinha vaca de leite e tinha que ajudar ela a tirar leite. Tinha a cunhada que eu não gostava muito e eu ficava muito nervosa. Isso era complicadomesmo” (E10).

A ansiedade enfrentada pela mãe durante o período da gestação, pode ser considerada, em alguns casos, um evento estressor. De acordo com Reich (1950), a ansiedade durante a gestação é um evento natural. O problema é quando a mãe entra num estado de medo e com isso contrai seu corpo todo deixando que o sistema nervoso simpático tome conta de seu movimento energético, bloqueando seu diafragma, o que aumenta mais ainda a ansiedade e, posteriormente, contraindo sua pelve, o que dificulta o parto e traz sérios comprometimentos ao bebê. Relier (1998) acredita que uma mãe nervosa, ansiosa e estressada, que leva uma vida agitada e é incapaz de controlar seu estado emocional, tem grandes possibilidades de oferecer a seu filho um ambiente no qual poderá apresentar sérias dificuldades para se desenvolver harmoniosamente no útero e crescer de forma saudável tanto física quanto psicologicamente, por ser esta uma situação extremamente estressante tanto para ela, quanto para o feto em formação ou para a criança em seu desenvolvimento.

Ainda de acordo com Relier (1998), esse tipo de mãe ansiosa, irritada e raivosa, muitas vezes descarrega em seu corpo uma série de hormônios como, por exemplo, a adrenalina, que atravessam a placenta e podem atingir e comprometer a criança, tornando-a muitas vezes agitada no ventre materno. Além disso, essa agitação pode desencadear uma série de doenças que até então permaneceram latentes no organismo da criança.



## **f) Medos**

- ? “Eu tinha medo de ficar sozinha e não dar conta de sustentar meu filho. (...) Eu tinha medo dele” (E1).
- ? “Fiquei muito assustada quando soube que estava grávida. (...)Eu tinha medo de tudo. Tinha medo de acordar, de ficar em casa, de cuidar do menor, do parto... (pausa)... sei lá... tudo dava medo” (E2).
- ? “Eu fiquei muito assustada porque eu tinha perdido o bebê recentemente e tava com medo de perder este novamente. (...) Medo dele me deixar ou de eu e o bebê morrer” (E3).
- ? “Bem, aconteceu algo que eu não esperava. (...) Só sei que nunca passei um medo tão grande assim” (E4).
- ? “...eu tinha medo de morrer de fome. (...) De morrer de fome e não ter onde morar” (E5).
- ? “... só que eu tinha medo que ele encasquetasse que o filho não era mesmo dele e aí aprontasse alguma coisa comigo e até querer me matar” (E7).
- ? “ Medo dele não conseguir emprego” (E8).
- ? “peguei uma infecção e depois disso diz os médicos que minha barriga ficou muito inchada e eu não pude fazer laqueadura... foi um martírio porque nunca sarava e eu fiquei com medo do nenê ter infecção também” (E9).

O medo também foi uma categoria tomada como evento estressor para a mãe e, conseqüentemente para o bebê durante a gestação. Para Reich (1948), o medo é a base de todas as biopatias. Portanto, uma mãe grávida, quando passa por situações onde o medo persiste, pode entrar numa estado de contração, alterando o equilíbrio energético e hormonal de seu organismo e por sua vez, comprometendo também o equilíbrio energético e hormonal do seu filho em formação.

Navarro (1995), compartilha com as idéias reichianas afirmando que o medo da mãe durante a gestação pode ser capaz de gerar um estresse sentido pelas células do bebê em formação e fazer com que ocorra um registro dessa sensação em sua memória e altere de imediato ou posteriormente seu DNA, o que talvez seja a base de todas as patologias futuras. Essa teoria parece ser compartilhada por Verny & Kelly (1993), que também consideram o medo como um elemento estressor quando sentido pela mulher grávida, alegando que este pode ocasionar uma sobrecarga no sistema neurovegetativo da mãe, alterando o equilíbrio fisiológico tanto da mãe, quanto do bebê.

#### **g) Depressão**

- ? “Acho que era deprimida também porque eu queria sair do casamento mais não sabia como. Me dava sempre uma coisa no peito” (E1).
- ? “Eu tava muito deprimida” (E2).
- ? “Eu me sentia angustiada e deprimida” (E3).
- ? “Eu estava um pouco deprimida. Minha família é meia assim, dessa coisa de depressão. Meu irmão chegou até a variar por causa da depressão” (E10).

A depressão, identificada no discurso das mães entrevistadas, também pode ser considerada, em alguns casos, um evento estressor para ela, e conseqüentemente para o bebê em formação. De acordo com Reich (1950), uma mãe deprimida é incapaz de passar uma boa energia para seu filho que ainda se encontra no útero e, provavelmente, também será incapaz de passar essa mesma energia boa para a criança quando nasce ou está em seus primeiros anos de vida, idade em que ela mais precisa da mãe.

Navarro (1995) e Relier (1998), que também compartilham dessa opinião reichiana, consideram a depressão um evento estressor porque faz com que a mãe nessa situação descarregue em seu corpo uma série de hormônios que podem levá-la a um estresse e da mesma forma, estressar o bebê em formação.

#### **h) Agitação no útero**

- ? “...sempre foi agitado na barriga, dava chutes e se mexia muito” (E1).
- ? “... o J. se agitava na barriga e não parava de mexer. Com sete meses de gravidez parecia que ele ia até nascer de tanto que mexia. Eu tinha até cólica, mas o médico disse que não era nada. (...) pensei que ele ia nascer antes do tempo de tanto que se mexia” (E2).
- ? “Ele se mexia muito quando eu ficava nervosa. Dava pra saber direitinho quando eu tava muito nervosa porque ele chutava muito” (E5).

O comportamento agitado do feto no útero materno, também foi uma categoria de evento levantada no discurso das mães entrevistadas, e que, em alguns casos, pode um evento estressor para ela, e conseqüentemente para o bebê em formação.

Reich (1950) já acreditava que o bebê no útero sente tudo aquilo que é sentido pela mãe e responde com movimentos. Segundo Reich, quanto mais movimentos o bebê faz no útero materno, mais demonstra o seu desconforto, resultado de uma descarga adrenalina na corrente sanguínea da mãe, e sentida pelo bebê como uma ameaça.

Alguns autores como Navarro (1995), Relier (1998) e Barraclough (1999), afirmam que o comportamento agitado do feto no ventre materno pode ser entendido como reação de um possível estresse sofrido por ele durante a gestação. Segundo Klaus & Klaus (2001) uma pesquisa feita com mulheres grávidas revelou que o feto de uma mãe tranqüila é sempre tranqüilo também. No entanto, dizem os autores que:

*Em contraste, os fetos de mulheres com estresse crônico têm batimentos cardíacos rápidos e são muito ativos. As mulheres expostas a níveis muito elevados de ruído correm um risco maior de partos prematuros, além dos efeitos do ruído sobre o feto (...) Através de um processo complicado, o feto pode ser afetado por mudanças bioquímicas causadas pelas experiências emocionais da mãe (p. 18).*

Para Relier (1998), uma mãe nervosa, angustiada e estressada, que leva uma vida agitada e é incapaz de controlar seu estado emocional, muitas vezes descarrega em seu corpo uma série de hormônios que atravessam a placenta e podem atingir e comprometer a criança, tornando-a muitas vezes agitada no ventre materno.

## **6.2. ESTRESSORES DURANTE A INFÂNCIA**

Apesar de situações estressantes fazerem parte da infância, a maioria das crianças aprende a enfrentá-las. Porém, se algumas dessas situações estressantes não forem bem administradas, podem gerar na criança sensível sérios problemas de saúde física e/ou emocional. (Arneil, 1999; Papalia & Olds, 2000).

De acordo com Lipp & Romano (1987), o estresse infantil assemelha-se muito ao estresse do adulto, e quando em excesso, pode gerar sérias conseqüências. Da mesma forma que eventos irritantes e amedrontadores, situações excitantes e felizes também exigem adaptação por parte da criança e provoca mudanças psicológicas, físicas e químicas em seu organismo.

Com relação aos possíveis fatores estressantes para a criança durante seus primeiros anos de vida, antes mesmo do aparecimento da doença, pudemos levantar, por meio do discurso das mães, algumas categorias que são apresentadas a seguir:

#### **a) Sentimento de abandono**

- ? “Meu marido quando chegava bêbado em casa, sempre dizia pro M. que ia embora de casa e deixar ele comigo. Ele chorava muito e dizia pro pai que não queria que ele fosse embora” (E1).
  
- ? “Acho que se sentiu abandonado. (...) Ele não gostava muito que eu saísse pra trabalhar. No começo ele chorou muito. Acho que foi quase um mês assim. Eu saía e ele ficava chorando no portão. Chorava tanto que até dormia lá. A empregada nem podia chegar perto dele” (E2).
  
- ? “Depois que eu bebia tudo, eu me jogava no sofá e ficava chorando. As crianças sentiam isso tudo porque a gente até esquece delas. A mais velha falava que não gostava de ver aquilo, mas a N. só chorava. Acho que ela pensava que eu ia morrer ou... sei lá. A mais velha punha pra fora, mas a mais nova devia guardar tudo porque não sabia falar direito. Só resmungava. Além disso, como a gente tava precisando de dinheiro, eu arrumei um emprego de secretária num consultório de dentista e deixei as meninas sozinhas em casa. Elas ficavam

brincando e a vizinha dava uma olhadinha pra eu trabalhar mas voltava sempre na hora do almoço e quando eu saia de novo a mais nova só chorava e dizia pra mãe não ir embora. (...) Acho que a N. sentia que eu ia embora quando eu bebia ou então quando eu saia pra trabalhar. Ela chorava muito e até perdia o fôlego. Acho que isso foi estressante pra ela. (...) não dei muita bola pra ela. Só fui mesmo cuidar dela quando ela teve leucemia” (E3).

? “...quando ela tinha um aninho a tia e os priminhos foram embora de casa. A casa ficou num silêncio só. Eu senti muita falta disso e acho que ela também sentiu muito e depois disso ela começou a ficar acuada no quarto, não tinha mais vontade de brincar, começou a ter dores de barriga, dores de cabeça, até que eu a levei no neurologista e ele encaminhou para um oncologista e assim foi, até o resultado do diagnóstico” (E4).

? “Eu saí do hospital e já fui trabaia porque tinha que sustentar a família” (E7).

? “Acho que ela sofreu muito porque eu não pude dar muita atenção pra ela. E também, os meus partos foram muito rápidos. Só o dela que não... Ela nasceu com uma ferideira no corpo... ela foi pra encubadora e ficou lá 5 dias... eu ainda tinha que trabalhar e ela ficava com os irmãos que não cuidavam muito bem. O meu marido nem dava bola pra ela e ela ficava jogada na cama chorando o tempo todo. Então eu acho que se isso causa estresse, pode ter sido isso também.” (E9).

A análise do discurso das mães revelou que o sentimento de abandono parece ter sido um evento estressante para a criança, antes da manifestação da doença. Essa situação pode ser corroborada com a tese de Reich (1950) que diz que a criança,

principalmente nos primeiros seis meses de vida, jamais pode ser separada de sua mãe por muito tempo, nem por uma distância que vá além dos 4 metros. Isso porque existe um campo energético que circunda a relação mãe-filho e que pode ser rompido com o afastamento brusco, o que pode não ser sentido pela mãe, mas com certeza, é sentido pelo bebê como um abandono. Isso significa que toda e qualquer separação do bebê nesse período, deve ser gradativa. A mesma opinião é compartilhada por Navarro (1991), que complementa dizendo que nos primeiros 10 dias de vida, a criança ainda não tem uma produção de lágrimas o suficiente para lubrificar a córnea e que quando se estressa pela ausência da mãe ou outro fator qualquer, chora muito, mas seus olhos ficam ressecados, uma situação que pode gerar mais tarde o chamado astigmatismo, um erro de refração da visão.

Outros autores como Slee, Murray-Harvey & Ward (1996), também concordam que a ausência dos pais provoca um sentimento de abandono que pode ser considerado um evento muito estressante para a criança.

Portanto, tomando por base a análise do discurso das mães entrevistadas, podemos verificar que o sentimento de abandono pode ter sido um fator estressante para os filhos das mães entrevistadas.

## **b) Perdas**

? “...quando a vó morreu. Ele gostava muito dela. Ela era mais mãe dele do que eu. Eu tinha que trabalhá e ele ficava com ela o dia inteiro. Quando ela morreu ele ficava só chorando e dizendo que queria morrer também pra pode ir com ela. Eu não sabia o que fazer e ficava mais nervosa ainda. Depois disso ele ficou deprimido, mais tão deprimido que nós até levô ele no médico pra ve o que podia faze. Foi o médico que falo que ele tava deprimido e deu um remédio mais

não adianta nada. Ele continuou assim até que no ano seguinte ele teve um tumor no pescoço que virou a leucemia” (E5).

? “Ah, ela perdeu dois tios que eu acho que ela sentiu muito. A minha cunhada que faleceu, ela sentiu mais porque ela gostava muito da tia. Ela ficou muito abatida porque ela ficava muito tempo com a tia. O tio também, mas ela não sentiu tanto quanto sentiu da tia. Ela ficava assim... abatida, né, não comia direito, não queria conversar e só queria ficar no canto brincando sozinha. Depois foi passando. Aí, quando ela caiu da bicicleta e bateu o rim, a doença já apareceu” (E8).

As perdas sofridas pela criança, também são consideradas eventos estressores para a criança em seus primeiros anos de vida. Essa é uma situação defendida por Slee, Murray-Harvey & Ward (1996), que conduziram uma pesquisa com crianças, que revelou que a morte de um membro querido da família pode ser um evento muito estressante para a criança, e desencadear sérios problemas de ordem física e/ou emocional.

Essa opinião também é defendida por Navarro (1996) quando afirma que geralmente, no período de seis meses a um ano após a perda de um ente querido, uma pessoa pode manifestar uma doença qualquer, inclusive o câncer, por não conseguir lidar com a ausência.

### **c) Dificuldade no relacionamento dos pais**

? “...o pai continuava brigando e dizendo que ia embora de casa...” (E1).



- ? “Ela também via as brigas que eu tinha com o pai porque ele não dava tendo dinheiro pra sustentar a casa. A situação financeira tava cada vez pior e agora, nem se fale, a gente não tem dinheiro nem pro tratamento da N. Acho que a doença dela veio quando ela viu que a gente tava pra se separar e ela sabia que ia perder os pais. Ela resmungava muito e ficava dura quando chorava. Acho que essa situação era estressante pra ela (pausa) Se era pra mim, porque não poderia ser muito mais pra ela?” (E3).
- ? “...quem cuidava da A. L. era a tia. Só que um dia meu marido e ela brigaram e ele tocou ela de casa. Foi muito difícil pra todos nós mas acho que a A. L. foi quem mais sentiu. Ela presenciou a briga. Deu pra perceber claramente que ela tinha sentido muito a falta da tia porque em seguida ela começou a ficar quieta. Ela era uma criança sorridente, falava de tudo, comia de tudo e se dava bem com todo mundo. Depois disso, não queria mais conversar, só queria ficar no colo, chorava o tempo todo, não ia no colo de mais ninguém. E isso durou uns seis meses” (E4).

Na maioria dos lares encontramos discórdias entre os pais e uma série de outras situações que podem ser motivos de dificuldades no relacionamento do casal. No entanto, segundo Reich (1950) a criança deve ser preservada das brigas dos adultos porque na maioria das vezes, não é capaz de suportar as agressões, nem de compreender o que está acontecendo, sentindo-se obrigada a tomar partido e escolher defender o pai ou a mãe, motivo de muita ansiedade, medo e angústia, desencadeando dessa forma uma série de doenças físicas e/ou emocionais. Slee, Murray-Harvey & Ward (1996), compartilham dessa opinião, apontando em uma pesquisa conduzida que quando a

criança presencia com uma certa frequência brigas entre os pais, pode se estressar com facilidade.

#### **d) Nascimento de um novo irmão**

? “...nos últimos dias da gestação ele olhava pra minha barriga e dizia que não queria um irmãozinho. Aí o pai falava pra ele que ia pegar o irmãozinho e ia embora com ele e o M. ia ficar com a mãe” (E1).

Já dizia Reich (1950) que o nascimento de um novo irmão deve ser compartilhado desde o início com a criança para que ela tenha tempo de ir se preparando para receber e dividir com o novo irmãozinho seu espaço físico e emocional. Tanto Slee, Murray-Harvey e Ward, (1996) quanto Papalia e Olds (2000), também mencionam que o nascimento de um novo irmão pode ser muito estressante para a criança, principalmente quando ela não é preparada para dividir com o novo irmão seu espaço físico e afetivo que conquistou junto aos pais. Portanto, quando a criança não é preparada adequadamente, a tendência é que se sinta rejeitada e estressada.

#### **e) Dificuldade de relacionamento entre irmãos**

? “O irmão mais velho brigava muito com ele. Eles nunca se deram bem. Desde que eu tava grávida do J. o irmão batia na minha barriga dizendo que era pra dar o nenem. Quando o J. nasceu, eu tinha que ficar em cima do mais velho porque ele queria afogar o J. Eu não podia virar as costas que o P. (irmão mais velho) já batia no J. Piorou quando eu comecei a trabalhar e acho que foi justo aí que o J.

ficou doente. (...) Acho que essa coisa de estresse que eu nunca acreditei que podia fazer algo, fez com meu filho. Eu sei que ele sentiu o que eu senti. Sentiu o medo que eu senti na gravidez e depois com as brigas do irmão, e como era muito pequeno, não tinha como se defender e ficou doente” (E2).

A dificuldade de relacionamento entre irmãos também é apontada como um evento estressante para a criança em seus primeiros anos de vida. Segundo Papalia e Olds (2000) essa é uma situação que geralmente acontece entre irmãos mais velhos que brigam com os mais novos, que por sua vez, não sabem se defender e se estressam com facilidade, motivo do aparecimento de diversas doenças.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constantemente o ser humano tem que se adaptar a situações como perdas, abandonos, agressões, medos, frustrações e vários outros fatores considerados estressores, que são capazes de convocar a Síndrome Geral de Adaptação (SAG). Portanto, as reações de estresse resultam do esforço que a pessoa tem que fazer para se adaptar a essas novas situações e da intensidade e frequência do estímulo estressor, que quando persiste por muito tempo, pode levar o indivíduo ao esgotamento e dar origem à manifestação de diversas doenças.

Com base nos objetivos propostos neste estudo pudemos identificar algumas situações enfrentadas pela mãe durante a gestação, que podem ser consideradas, em alguns casos, um evento estressor para ela, e conseqüentemente para o bebê durante a gestação:

a) **Gravidez indesejada:** faz com que a mãe contraia seu útero, deixando-o pouco receptivo e caloroso para receber o novo bebê, motivo de muitos abortos espontâneos (boadella, 1992; Navarro, 1995; Relier, 1998)

b) **Problemas financeiros:** faz com que uma série de hormônios, chamados catecolaminas, sejam descarregados na corrente sanguínea da mãe, passando diretamente pelo cordão umbilical e atingindo o bebê em formação, deixando-o num

estado de agitação motora e, conseqüentemente, um desconforto. Se esse desconforto for prolongado, teremos uma situação de estresse (Gyton, 1986, Graves, 1998; Lipp, 1990, Papalia & Olds, 2000)

**c) *Conflitos conjugais:*** A dificuldade da mãe em lidar com situações conflituosas, como, por exemplo, os conflitos conjugais, faz com que ocorra uma alteração fisiológica em seu organismo, decorrente da ativação hipotalâmica-hipofisária-adrenal, descarregando na corrente sanguínea hormônios que irão atingir o bebê em formação, podendo-o levá-lo a uma situação de estresse. (Gyton, 1986, Lipp & Romano, 1987; Navarro, 1995, Meyer & Silva, 1999).

**d) *Ausência do companheiro:*** Muitas mães sentem-se abandonadas ou rejeitadas com a ausência do companheiro e podem entrar num estado de ansiedade muito grande, convocando a chamada síndrome geral de adaptação, uma resposta hormonal que ocorre frente à impossibilidade de saber lidar com essa situação. Nesse caso, novamente irão ocorrer as descargas hormonais que por sua vez, afetam o bebê em formação. (Selye, 1974; Relier, 1998).

**e) *Ansiedade:*** a ansiedade foi tomada como fator estressante durante a gestação por também convocar a chamada síndrome geral de adaptação e descarregar as catecolaminas na corrente sanguínea, que por sua vez, atingem o bebê em formação, deixando-o num estado de agitação e, talvez de muita ansiedade, uma situação estressante (Piontelli, 1995; Slee, Murray-Harvey & Ward, 1996; Relier, 1998)

**f) Medos:** Já dizia Reich (1950) que o medo é a causa de inúmeras biopatias por deixar o organismo num estado de contração que impede que a energia biológica flua pelo plasma sanguíneo com liberdade. Dessa forma, o medo provoca uma descarga adrenérgica que, além de deixar o organismo num estado de contração, aumenta uma série de atividades fisiológicas do organismo como, por exemplo, os batimentos cardíacos, chegando até o bebê em formação por meio do cordão umbilical, aumentando por conseqüência as atividades fisiológicas do mesmo, podendo-o levar a um estado de esgotamento e estresse. (Gyton, 1986; Navarro, 1995; Papalia & Olds, 2000).

**g) Depressão:** é considerada um elemento estressor porque faz com que muitas vezes a mãe não faça contato energético com seu bebê, como deveria acontecer durante todo o período da gestação. Nesse caso, as endorfinas são liberadas para a corrente sanguínea, deixando o bebê em um estado de agitação dentro do útero, o que pode ser, para ele, muito estressante. (Piontelli, 1995; Relier; 1998; Papalia & Olds, 2000)

**h) Agitação no útero:** O fato do bebê durante a gestação estar muito agitado, pode ser considerado uma situação de estresse porque pode representar um desconforto decorrente de uma descarga hormonal na corrente sanguínea da mãe proveniente de várias situações como, por exemplo, dificuldades em lidar com situações emocionais diversas. (Piontelli, 1995; Papalia & Olds, 2000).

Também pudemos identificar, por meio do relato das mães, algumas situações enfrentadas pela criança em seus primeiros anos de vida, antes da manifestação do câncer, que podem ser consideradas, em alguns casos, um evento estressor:

a) ***Sentimento de abandono:*** a criança deve ser preparada para ficar sozinha ou na companhia de estranhos. Quando isso não acontece, ela sente-se abandonada pelos pais, principalmente por aquele em que é mais apegada. Essa situação faz com que a criança entre num estado de agitação motora e descarregue em sua corrente sanguínea as catecolaminas, que convocam a síndrome geral de adaptação e são elementos estressores (LêShan, 1966; Lipp & Romano, 1987; Leiphart, 1998)

b) ***Perdas:*** perder um animal de estimação, uma pessoa querida, a escola, o lar, são situações que podem gerar muito estresse para a criança porque ela acredita que uma parte dela foi junto com a pessoa, animal ou situação que perdeu e que jamais irá recuperar ou preencher com outra pessoa, animal ou situação. Nesse caso, novamente a síndrome geral de adaptação é convocada, liberando as catecolaminas na corrente sanguínea da criança, deixando-o em um estado de esgotamento físico, e conseqüentemente, de estresse (Piontelli, 1995; Salmuski, Chagas & Nitsch, 1996; Papalia & Oids, 2000).

c) ***Dificuldade no relacionamento dos pais:*** presenciar brigas entre os pais, pode fazer com que a criança sinta medo de perder um deles ou ambos, o que faz com que uma descarga de catecolaminas aumente seu metabolismo basal e deixe a criança num estado de esgotamento e estresse (Relier, 1998; Papalia & Olds, 2000)

**d) Nascimento de um novo irmão:** não são todas as crianças que conseguem lidar com o nascimento de um novo irmão. Muitas delas sentem-se rejeitadas e acham que os pais agora não mais irão lhe dar atenção devido ao nascimento do novo irmãozinho. Nesse caso, a criança pode se sentir deprimida, angustiada, ansiosa, mas independente de qual sentimento ela terá, é uma situação que pode convocar a síndrome geral de adaptação e leva-la a uma situação de estresse (Lipp & Romano, 1987); Piontelli, 1995; Papalia & Olds, 2000).

**e) Dificuldade no relacionamento entre irmãos:** muitas vezes, o irmão mais velho percebe o irmão mais novo como rival, que só ele é quem recebe a atenção dos pais, brinquedos, etc. Isso faz com que entre num estado de competição e ameaças ao irmão mais novo, fazendo com que o menor sintam-se amedrontado e permaneça calado para não apanhar mais ainda, situação essa geradora de estresse por também convocar a síndrome geral de adaptação (Papalia & Olds, 2000).

Nessa dissertação, tivemos como objetivo levantar por meio do relato das mães, as situações que foram estressantes para o bebê durante a gestação e para a criança em seus primeiros anos de vida, antes da manifestação do câncer.

Portanto, corroborando a teoria apresentada nesse trabalho com as entrevistas, pudemos levantar algumas categorias de elementos que os autores aqui apresentados julgam ser fatores estressores para o bebê durante a gestação e para a criança em seus primeiros anos de vida. Não incluímos nenhum fator que possa ser considerado novo. Apenas pudemos perceber que os fatores mencionados pelos autores citados nesse trabalho, também apareceram nas entrevistas que realizamos com as mães.



Segundo a American Cancer Society (2000), atualmente não se conhece nenhuma forma de prevenir a maioria dos casos de câncer infantil e enquanto isso, a ênfase é dada ao diagnóstico precoce.

Portanto, diante dos resultados apresentados nesse trabalho, considerando os comprometimentos que o estresse pode causar em uma criança, gostaríamos de salientar a importância do desenvolvimento de trabalhos preventivos com mães ou “casais grávidos”, evitando dessa forma transtornos tanto de ordem física, quanto de ordem emocional.

Como nem tudo na vida é definitivo, gostaríamos de finalizar com a frase de Verny & Kelly (1993) quando dizem:

“é importante lembrar que uma relação mãe-criança, forte e afetivamente rica, pode proteger o feto contra agressões, mesmo as mais traumatizantes”. (p. 40).

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (2001). *Cancer*. USA. Disponível na Internet:  
<http://www.cancer.org> [8 aug. 2001].
- Amkraut, A. & Solomon, G. F. (1975). *From the symbolic stimulus to the pathologic response: immune mechanisms*. *Intern. J. of Psychiatry in Medicine*, n. 5.
- Arneil, G. C. (1999). Children under special stress: some modern aspects. New Jersey: *International Pediatric Association*, vol. 9, n. 1.
- Baltrusch, H. J., Stangel, W., & Ttitz, I. (1991). Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. Napoli: *Acta Neurologia*, vol. 13, n. 4, p. 315-327.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion. A practical guide to psycho-oncology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Wiley.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Bassuk, E. L. & Rubin, L. (1987). Homeless children: A neglected population. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n. 2, p. 279-286.
- Bernik, VOL. (2000). *Estresse: o assassino silencioso*. Disponível na Internet:  
<http://www.epub.org.br/cm/n03/doencas/stress.htm> [09/08/2000].
- Boadella, D. (1992). *Correntes da vida: uma introdução à biossíntese*. São

Paulo: Summus.

Cabral, A. P. T. *et al.* (1997). O estresse e as doenças psicossomáticas. Belo

**Horizonte: Revista de Psicofisiologia: UFMG, ano 1, vol. 1.**

Chiozza, L. (1987). *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. São Paulo: Papirus.

Cooper, C. L., & Faragher, E. B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter- relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychosomatic Medicine*, vol. 23, n. 3, p. 653-662.

Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2000). *A doença como caminho - Uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem*. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cultrix.

D'Oliveira, M. M. H. (1984). *Ciência e pesquisa em psicologia: uma introdução*. São Paulo: EPU.

Edelman, S. (2000). *Cancer and mind - is there a relationship?* Sydney: University of Technology. Disponível na Internet: <http://www.moreinfo.com.au/avs/newveg/cancer.html>. [11/10/2000]

Forsen, A. (1990). Stress and personality as risk factors in breast cancer. *Duodecim*, vol. 106, n. 16, p. 1129-1132.

Franks, L. M. (1990). O que é câncer? In Franks, L. M. & Teich, N. *Introdução a biologia celular e molecular do câncer*. São Paulo: Roca, 1990.

Franks, L. M. & Teich, N. (1990). *Introdução a biologia celular e molecular do câncer*. São Paulo: Roca.

Furian, T. Q. & Pohlmann, P. R. (1998). Imunologia dos tumores. In Scroferneker, M. L. & Pohlmann, P. R. (Coord.) *Imunologia básica e aplicada*. Porto Alegre: Sagra

Luzzato.

Galambos, N. L. *et al.* (1995). Parents' work overload and problem behavior in young adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 5, n. 2, p. 201-233.

Graves, M. (1998). Causes of childhood leukemia beginning to emerge. *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 90, n. 1.

Greenberg, R. (2001). *Understanding biological terrain: a simplified approach.*

Disponível na Internet:

[http://www.khalsamedical.com/html/biological\\_terrain\\_assessment.html](http://www.khalsamedical.com/html/biological_terrain_assessment.html).

[04/08/2001]

Greene Jr, W. A. & Miller, G. (1958). Psychological factors and reticuloendothelial disease: IVOL. Observations on a group of children and adolescents with leukemia; an interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. EUA: *Psychosomatic Medicine*, vol. 20, p. 124-144.

Guo, G. N. (1992). A correlation study of psychologic stress factors and cancer by stepwise and logistic regression analyses. *Chung Hua Chung Liu Tsa Chih*; vol. 13, n. 6, p. 416-418.

Gyton, A. C. (1986). *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1976). The social readjustment rating scale.

*Journal of Psychosomatic Research*, 11, p. 213. In Papalia, D. E. & Olds, S.

W. *Desenvolvimento humano*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. (2001). *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Disponível na Internet :

<http://www.inca.org.br>. [06/09/2001]

Jerne, N. K. (1974). *Towards a network theory of the immune system*. Ann

Immunol. Inst. Pasteur, n. 125.

Johns Hopkins Hospital (2000). *Stress and surgery may increase development of*

*cancerous tumors*. Johns Hopkins Institutions/Scholl: Ohio, USA.

Kelinger, F. N. (1979). *Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais. Um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU.

Klaus, M. & Klaus, P. (2001). *Seu surpreendente recém-nascido*. Alegre: Artes Médicas.

Leiphart, J. M. (1998). Coping with stress. San Francisco: *HIV Newslite*, n. 4.

Levenson, L. J. & Bemis, C. (2000). O início e a progressão do câncer. In Stoudemire, Al. (Org.) *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LeShan, L. L. (1966). *An emotional life story pattern associated with neoplastic disease*. Ann. New York Acad. Sciences, n. 125.

Linn, M. W. *et. al.* (1984). Stressful events, dysphonic mood and immune responsiveness. *Psychol Rep.*, vol. 54.

Lipp, M. N. & Romano, A. S. F. (1987). O stress infantil. *Estudos de Psicologia*, n. 4, p. 42-54.

Lipp, M. N. (1990). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone.

Lowen, A. & Lowen, L. (1985). Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante. São Paulo: Ágora.

Machado, A. (1995). *Neuroanatomia funcional*. 2<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Atheneu.

Maldonado, M. T. P. (1986). *Psicologia da gravidez. Parto e puerpério*. 8<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes.

Martins, J. & Bicudo, M. A. VOL. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia – fundamentos e recursos básicos*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Moraes.

- Meyer, T. N. & Silva, A. L. (1999). Resposta celular ao estresse. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo: AMB, abril/junho, vol. 45 n. 2.
- McCloskey, L. A. & Walker, M. A. M. (2000). Posttraumatic Stress in Children Exposed to Family Violence and Single-Event Trauma. New York: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. vol. 39, n. 1.
- Moore, K. L. & Persaud, T. VOL. N. (1995). *Embriologia básica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moreira, M. D. & Mello Filho, J. (1992). Psicoimunologia hoje. In Mello Filho, J. et al. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- National Cancer Institute. (2000). *Psychological stress and cancer*. Disponível na Internet: [www.imsdd.meb.unibonn.de/cancernet/600317.html](http://www.imsdd.meb.unibonn.de/cancernet/600317.html). [19/11/2000]
- Navarro, F. (1991). *Somatopsicodinâmica das biopatias: interpretação reichiana das doenças com etiologia "desconhecida"*. São Paulo: Summus.
- Navarro, F. (1995). *Characterologia pós-reichiana*. São Paulo: Summus.
- Navarro, F. (1996). *Somatopsicopatologia*. São Paulo: Summus.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Piontelli, A. (1995). *De feto a criança - um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pontes, P. A. L. *A multidisciplinaridade no câncer*. São Paulo: *Amanhã*, ano 1, n. 3, fev/mar. Centro Nipo Brasileiro de Prevenção de Doença.
- Reich, W. (1933). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

- Reich, W. (1942). *A função do orgasmo*. 12ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- Reich, W. (1948). *La biopatía del cancer*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985.
- Reich, W. (1950). *Bambini del futuro - Sulla prevenzione delle patologie sessuali*. Milano: SugarCo Edizioni, 1987.
- Relier, J. P. (1998). *Amarlo prima che nasca. Il legame madre-figlio prima della nascita*. Firenze: Le Lettere.
- Rossman, B. B. R.; Bingham, R. D. & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and Adaptive Functioning for Children Exposed to Normative Stressors, Dog Attack, and Parental Violence. New York : *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n. 8, p. 1089-1097.
- Samulski, D. M. Chagas, M. H. & Nitsch, J. R. (1996). *Stress - teorias básicas*. Belo Horizonte: LAPES/UFMG.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: J. B. Lippincott company.
- Silva, A. M. A. P. N., Martinez, T. L. R., Almeida, M. (1994). Associação entre dislipidemia, estresse, padrão de comportamento coronariano tipo A, ansiedade e psicodinâmica vocal. Importâncias dessas associações como fatores de risco da doença arterial coronariana. In Paiva, L. M. & Silva, A. M. P. *Medicina Psicossomática*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Slee, P., Murray-Harvey, R. & Ward, H. (1996). Stressed Out & Growing Up. *Every Child: School of Education: Flinders University*, vol. 2, n. 4.
- Simonton, O. C. & Creighton, J. L. (1987). *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. São Paulo: Summus.
- Simmons, R. (2000). *Estresse: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora.
- Smith, M. (1998). Causes of Childhood Leukemia Beginning To Emerge. New York: *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 90, n. 1.

Vander, Sherman & Luciano. (1981). *Fisiologia humana: os mecanismos da função de órgãos e sistemas*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

Vasconcellos, E. G. (2000). *Tópicos de psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê Editorial.

Verny, T. & Kelly, J. (1993). *A vida secreta da criança antes de nascer*. 3ª ed. São Paulo: C. J. Salmi,

Vincent, L. C. (2001). *Biological Terrain*. Disponível na Internet:  
<http://www.xbk93.dial.pipex.com/NewFiles/doctors.html> [04/08/2001]

Windle, W. F. (1974). *Fisiologia del feto*. Barcelona: Editorial Jims.

Working Women Education Fund (1981). *Health hazards for office workers*. Cleveland: WWEF.



# **ANEXOS**

**ANEXO A** - Modelo da autorização das mães

**ANEXO B** - Modelo do roteiro da entrevista

**ANEXO C** – Entrevistas