

# **ACONSELHAMENTO GENÉTICO NA SÍNDROME DE LI-FRAUMENI: O IMPACTO PSICOLÓGICO**

**CHRISTINA HAAS TARABAY**

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio  
Prudente para obtenção do título de Mestre  
em Ciências**

**Área de Concentração: Oncologia**

**Orientadora: Célia Lúcia da Costa**

**São Paulo**

**2009**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Tarabay, Christina Haas

**Aconselhamento genético na síndrome de Li-Fraumeni: o impacto psicológico** / Christina Haas Tarabay – São Paulo, 2009.  
65p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:  
Oncologia.

Orientadora: Célia Lúcia da Costa

Descritores: 1. SÍNDROME DE LI-FRAUMENI. 2. PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA PARA DOENÇA. 3. PSICANÁLISE. 4. MECANISMOS DE DEFESA. 5. ATITUDE FRENTE À SAÚDE. 6. ACONSELHAMENTO GENÉTICO. 7. ENFRENTAMENTO.

“Mesmo em seus caprichos, o uso da linguagem permanece fiel a uma certa espécie de realidade”.

*Sigmund Freud (1921)*

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Rosa e Salvador, ao meu irmão Ricardo.  
Pela vida, confiança e amor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais Rosa e Salvador pela paciência, amor e dedicação infinita.

Ao meu irmão Ricardo e à Luciana pela amizade, força e carinho.

Aos pacientes que colaboraram nesse trabalho; sem eles nada teria sido possível.

À minha orientadora Dra. Célia Lúcia da Costa pela disponibilidade e ensinamento.

À minha amiga Dra. Maria Isabel Achatz pelo seu carinho, por sempre ter acreditado no meu trabalho e por me ensinar sempre tantas coisas sobre o fascinante mundo da Oncogenética.

À minha amiga Dra. Maria Teresa Lourenço que me ensinou e incentivou na Psico-Oncologia.

À minha amiga Carla Cristina Herrero Mattos pela amizade, carinho e incentivo.

À minha amiga Vera Helena Peres Jafferian pela amizade e estímulo.

À minha amiga Kátia Rodrigues Antunes pela amizade, compreensão e tantas conversas.

À minha amiga Amanda Nóbrega pela força, ajuda e compreensão.

À minha amiga Dra. Fabiana Makdissi pela confiança e carinho.

Às amigas Dra. Simone Noronha e Andréia Veloso pelo incentivo e amizade.

A professora Flávia Araújo pela importante ajuda e horas de trabalho.

Às bibliotecárias Suely Francisco, Rosinéia Carneiro, Francyne Lima e colaboradores pela paciência e disponibilidade.

A pós-graduação, Ana Maria Kuninari, Luciana e colaboradores.

## RESUMO

Tarabay CH. **Aconselhamento genético na síndrome de Li-Fraumeni: o impacto psicológico.** São Paulo; 2009. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente]

Com o crescente interesse em relação às síndromes hereditárias relacionadas ao câncer, torna-se cada vez mais necessário a avaliação das implicações psicológicas nos indivíduos que realizam um teste genético. Os objetivos deste trabalho são avaliar no momento pós-teste os mecanismos de defesa e *coping* em indivíduos que foram submetidos a teste genético para Síndrome de Li-Fraumeni e Li-Fraumeni *Like* (SLF/LFL), compreender como esses indivíduos estão lidando com o resultado do teste em relação ao enfrentamento e compreender se a realização do teste genético pode ser considerada como fonte geradora de conflitos. Foram incluídos nesse estudo 35 indivíduos de uma mesma família que realizaram teste genético para SLF, nos quais foram aplicadas as escalas *Defense Style Questionnaire* – 40 (DSQ-40) e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Verificamos que houve predomínio do uso do mecanismo de defesa humor (fator maduro) para o grupo com teste positivo ao mesmo tempo que para o grupo com resultado negativo houve mais utilização dos mecanismos de defesa anulação (fator neurótico) e *acting-out* (fator imaturo). Em relação ao *coping*, não observamos diferenças ao padrão de uso para os indivíduos avaliados.

## SUMMARY

Tarabay CH. **[Genetic recommendation on the Li-Fraumeni syndrome: the psychological impact]**. São Paulo; 2009. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente]

With the increasing interest in relation to the hereditary syndromes related to cancer, it is more and more necessary to evaluate the psychological implication over the individuals who are submitted to a genetic test. The purpose of this paper is to evaluate in the post-test moment the defense and coping mechanisms in individuals who were submitted to genetic test for Li-Fraumeni Syndrome (LFS), to understand how these individuals are dealing with the test result in relation to the confront and understand if the carrying out of the genetic test can be considered a source of conflicts. This study considered 35 individuals of the same family who were submitted to genetic test for LFS, applying the following scales: Defense Style Questionnaire – 40 (DSQ-40) and Inventory of Coping Strategies. We noticed that there was a predominant use of the defense mechanism humor (mature factor) for the group with positive test and, at the same time, the group with negative result, presented a predominant use of the defense mechanism cancellation (neurotic factor) and acting-out (immature factor). In relation to the coping, we have not observed any difference from the standard use for the evaluated individuals.

## LISTA DE TABELAS

|                 |                                                                                                                           |    |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> | Identificação do paciente em relação ao sexo, idade atual, localização/idade do câncer e resultado do teste genético..... | 40 |
| <b>Tabela 2</b> | Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator maduro.....                        | 41 |
| <b>Tabela 3</b> | Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator neurótico.....                     | 42 |
| <b>Tabela 4</b> | Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator imaturo.....                       | 43 |
| <b>Tabela 5</b> | Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das defesas.....                                               | 44 |
| <b>Tabela 6</b> | Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis dos fatores do <i>Coping</i> .....                             | 45 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|             |                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AG</b>   | Aconselhamento Genético                                                      |
| <b>DSM</b>  | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais                 |
| <b>DSQ</b>  | Defense Style Questionnaire                                                  |
| <b>LFL</b>  | Li-Fraumeni like                                                             |
| <b>SLF</b>  | Síndrome de Li-Fraumeni                                                      |
| <b>SMOH</b> | Síndrome de Mama/Ovário Hereditário                                          |
| <b>SSHC</b> | Suspeita Diagnóstica de Síndrome de Suscetibilidade Hereditária<br>ao Câncer |
| <b>TCLE</b> | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                   |

## ÍNDICE

|          |                                                                      |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>                                                    | <b>1</b>  |
| 1.1      | Síndrome de Li-Fraumeni                                              | 4         |
| 1.2      | Aconselhamento e Teste Genético                                      | 9         |
| 1.3      | Aspectos psicológicos nas síndromes genéticas relacionadas ao câncer | 16        |
| 1.4      | Mecanismos de Defesa                                                 | 17        |
| 1.4.1    | Defesas Fator Imaturo                                                | 20        |
| 1.4.2    | Defesas Fator Neurótico                                              | 22        |
| 1.4.3    | Defesas Fator Maduro                                                 | 23        |
| 1.5      | <i>Defense Style Questionnaire</i> – 40                              | 24        |
| 1.6      | <i>Coping</i>                                                        | 25        |
| 1.7      | Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> – Folkman e Lazarus       | 28        |
| 1.8      | Mecanismos de Defesa X <i>Coping</i>                                 | 28        |
| 1.9      | Correlação entre as Escalas Utilizadas e a SLF                       | 30        |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>                                                     | <b>31</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>3</b> | <b>CASUÍSTICA</b>                                                    | <b>33</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>4</b> | <b>MÉTODO</b>                                                        | <b>35</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS</b>                                                    | <b>38</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO</b>                                                     | <b>46</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSÕES</b>                                                    | <b>55</b> |
| <br>     |                                                                      |           |
| <b>8</b> | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                    | <b>58</b> |

## **ANEXOS**

**Anexo 1** Pontuação no DSQ – 40 para pacientes com resultado positivo.

**Anexo 2** Pontuação no DSQ – 40 para pacientes com resultado negativo.

**Anexo 3** *Coping* para os pacientes com teste positivo.

**Anexo 4** *Coping* para os pacientes com resultado negativo.

**Anexo 5** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Anexo 6** Questionário para estilos de defesa DSQ - 40

**Anexo 7** Inventário de Estratégias de *Coping*

# ***INTRODUÇÃO***

---

## 1 INTRODUÇÃO

O impacto psicológico causado por um diagnóstico de câncer pode gerar diversas sensações no paciente e o mesmo pode muitas vezes se sentir desamparado em meio a novos sentimentos que vêm de alguma forma se instaurando no seu mundo psíquico (PASQUINI e BIONDI 2007). Sua organização psíquica estruturada até esse momento sem a informação do diagnóstico de câncer é confrontada com a nova situação. O paciente passa então a questionar os valores que vinham até então regendo sua vida e inicia-se um processo de ajuste psíquico (JADOULLE et al. 2006).

Quando o tema “câncer” ultrapassa a fronteira do diagnóstico individual e atinge o âmbito familiar, torna-se necessária a realização do Aconselhamento Genético (AG) com o intuito de organizar as informações dentro de um universo mais amplo (MCGIVERN et al. 2004). Câncer hereditário e teste genético devem ser considerados como assuntos familiares (VAN OOSTROM et al. 2007).

O AG para o câncer familiar inicia-se a partir do reconhecimento do indivíduo sob risco e da informação das estimativas desse risco para o de familiares em risco. Partindo dessa premissa, uma vez considerada a “suspeita diagnóstica de síndrome de suscetibilidade hereditária ao câncer” (SSHC), o AG tem o propósito de passar as informações em relação ao diagnóstico, o prognóstico e como proceder com esses indivíduos considerados de risco. Seja pela história familiar, seja pela realização de

teste genético, o AG proporciona a identificação de indivíduos com um risco aumentado para desenvolver câncer em relação à população geral. Os testes genéticos são realizados mediante a história familiar e/ou características clínicas sugestivas de síndrome de câncer hereditário. Devido à variedade de reações promovidas pelos testes genéticos nas famílias de alto risco, alguns aspectos importantes devem ser abordados no AG pré-teste e pós-teste. Em um momento anterior ao teste, é importante discorrer sobre alguns aspectos: propósito do teste, as características da doença, diagnóstico, estimativa de risco, possíveis resultados do teste genético para transmissibilidade da mutação, risco de estresse psicológico, risco de discriminação, opções de prevenção, confidencialidade e opção pela não realização do teste. Em um momento posterior ao teste é importante informar o paciente sobre o resultado, avaliando a compreensão do impacto causado pelo teste genético e oferecer estratégias de prevenção e manejo, além de suporte psicológico (VARGAS 2002).

No caso de pacientes com diagnóstico clínico de Síndrome de Mama/Ovário Hereditário (SMOH), o teste genético para os genes BRCA1/BRCA2 (os dois mais importantes genes de suscetibilidade para o câncer de mama hereditário) tem oferecido uma oportunidade para que esses pacientes (e seus familiares) venham a ter conhecimento se são ou não portadores de mutação nos relativos genes (MCGIVERN et al. 2004).

Em muitas síndromes hereditárias relacionadas ao câncer, os aspectos psicológicos ainda são pouco estudados. Dentre essas síndromes, a Síndrome de Li-Fraumeni (SLF) merece atenção especial por ter como

principal característica a elevada ocorrência de tumores diagnosticados em idade precoce (BIRCH et al. 2001).

## **1.1 SÍNDROME DE LI-FRAUMENI**

Em estudos iniciais sobre a síndrome, os pesquisadores Li e Fraumeni em 1969 revisaram os prontuários e atestados de óbito de 648 crianças que tiveram o diagnóstico de rabdomiossarcoma (MALKIN et al. 1990, p.1233).

Avaliando a história das famílias dos pacientes, foram identificadas quatro famílias que apresentavam vários indivíduos afetados por tumores, especialmente sarcoma e câncer de mama em idade jovem.

A SLF é uma síndrome rara de predisposição ao câncer. Apresenta associação com um grande espectro de tumores em idade precoce. (VARLEY 2003). Os tumores mais freqüentemente encontrados na SLF e em sua variação Li-Fraumeni like (LFL) são os sarcomas de partes moles, tumores de mama, sarcomas ósseos, tumores do sistema central, tumores adrenocorticais e leucemia (LI et al. 1988).

Em 1988 foi possível a melhor compreensão da síndrome a partir de uma pesquisa realizada no Registro de Câncer Familiar do Instituto Nacional de Câncer (Branches), onde foram analisadas 24 famílias nas quais vários membros eram acometidos por uma ampla variedade de tumores em idade precoce (LI et al. 1988).

Os critérios diagnósticos da SLF são: sarcoma na infância ou em idade jovem (antes dos 45 anos) e parente de primeiro grau com qualquer câncer em idade jovem (antes dos 45 anos) e parente de primeiro ou segundo grau que tenha o diagnóstico de câncer em idade jovem (antes dos 45 anos) ou sarcoma em qualquer idade (BIRCH et al. 1994).

A diversidade de tumores na SLF, em conjunto com a idade precoce, em que eram acometidos os pacientes, chamou a atenção levando à necessidade de investigar o papel dos genes supressores de tumores no desenvolvimento do câncer. Observou-se que o gene TP53 se apresentava mutado em grande parte dos tumores esporádicos (MALKIN et al. 1990).

Seguiram-se outros estudos que investigaram 21 famílias, das quais 12 preenchiam os critérios para SLF (LF clássico). Neste mesmo estudo, as 9 famílias restantes também apresentavam características muito análogas à síndrome, entretanto não preenchiam todos os critérios necessários para caracterizarem a SLF. Assim acrescentou-se à antiga definição um critério mais abrangente para a SLF denominado Li-Fraumeni like (LFL) que foi assim constituído: câncer na infância ou sarcoma, tumor do sistema nervoso central ou câncer adrenocortical antes dos 45 anos e parente de primeiro grau ou segundo grau com câncer típico da Síndrome de Li-Fraumeni (sarcoma, câncer de mama, tumor do sistema nervoso central, câncer adrenocortical ou leucemia) em qualquer idade e parente de primeiro ou segundo grau com qualquer câncer antes dos 60 anos (BIRCH et al. 1994).

A partir do aparecimento de outros tipos de tumores nas famílias com o diagnóstico de LF, o espectro de tumores relacionados à síndrome foi

ampliado e também seus critérios. A importância de conhecermos todos os critérios propostos está no fato de ser uma maneira segura de entrar em contato com o diagnóstico pessoal e familiar do paciente, permitindo assim conhecer um pouco da história da sua família. Assim sendo, mais dois critérios foram instituídos, os propostos por Eeles em 1995, que passou a incluir famílias com diagnóstico de pelo menos dois tumores típicos do espectro da SLF (STONE et al. 1999, p.182) e o proposto por CHOMPRET et al. (2001) que é a presença de sarcoma, tumor do sistema nervoso, câncer de mama ou câncer adrenocortical antes dos 36 anos e parente de primeiro grau ou segundo grau com câncer antes dos 46 anos ou parente com múltiplos tumores primários em qualquer idade (múltiplos tumores primários, incluindo dois tumores que sejam do tipo sarcoma, tumor do sistema nervoso central, câncer de mama ou câncer adrenocortical, com o primeiro tumor diagnosticado antes dos 36 anos, independente da história familiar e câncer adrenocortical em qualquer idade e independente da história familiar).

Em 2008, o critério de Chompret sofreu uma revisão e foi proposta a sua ampliação que foi chamada de Chompret 'modificado', ampliando a idade do início do tumor e o espectro dos tumores na SLF:

- ✓ paciente índice com um tumor típico do espectro da SLF (sarcoma de partes moles, osteossarcoma, câncer de mama pré-menopausal, tumor do sistema nervoso central, adreno cortical, leucemia e câncer de pulmão) antes dos 46 anos ou

- ✓ parente de 1° ou 2° grau com um tumor típico da SLF (exceto câncer de mama, caso o probando tenha câncer de mama) antes dos 56 anos ou com tumores múltiplos ou
- ✓ paciente índice com múltiplos tumores sendo pelo menos dois do espectro SLF e o primeiro antes dos 46 anos ou
- ✓ paciente com câncer adreno cortical em qualquer idade ou câncer de mama antes dos 36 anos sem mutação nos genes BRCA 1 ou 2, independente de histórico familiar (BOUGEARD et al. 2008).

Os tumores mais frequentes associados a SLF e LFL, no caso de tumores infantis, são: sarcomas de partes moles e ósseos, tumor do sistema nervoso central, câncer adrenocortical, linfoma/leucemia, tumor de células germinativas e tumor de Wilms. Em adultos, as neoplasias mais comuns são: câncer de mama, sarcomas de partes moles e ósseos, sistema nervoso central, câncer de pulmão, linfoma/leucemia, câncer gástrico, câncer de cabeça e pescoço, câncer de próstata, câncer de pâncreas, câncer de ovário e câncer de endométrio (ACHATZ 2006).

Um trabalho realizado no Hospital A.C. Camargo avaliou 45 famílias brasileiras com diagnóstico clínico para SLF ou LFL, provenientes de três serviços distintos; 32 famílias do Hospital do Câncer A.C. Camargo, em São Paulo, 10 famílias do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e 3 famílias do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro. Este estudo é o primeiro que descreve a predominância da mutação germinativa no gene *TP53* em famílias da América Latina com diagnóstico clínico de SLF e LFL.

Em 13 famílias foi encontrada a mutação no gene TP53 e em 32 famílias a mutação não foi encontrada (ACHATZ et al. 2007).

De acordo com o *U.S. National Library of Medicine* - NLM em 2008, a prevalência exata dos pacientes Li-Fraumeni é desconhecida. Um registro americano para pacientes com Síndrome de Li-Fraumeni sugere cerca de 400 pessoas portadoras da síndrome provenientes de 64 famílias.

De 1969 até 2005, foram descritas 280 famílias com SLF em todo mundo. Já nos três anos seguinte, de 2005 a 2008, foram descritas 119 novas famílias com diagnóstico clínico e/ou molecular da SLF/LFL. A razão deste crescimento no registro das famílias ocorreu devido a dois fatores fundamentais:

- ✓ o grande número de famílias brasileiras incluídas após o início do estudo conduzido por ACHATZ (2006);
- ✓ um maior número de famílias diagnosticadas em virtude de um maior conhecimento da síndrome por parte dos médicos e consciência de que é uma síndrome sub diagnosticada (ACHATZ 2008).

Outro fator importante a ser considerado é o fenômeno da antecipação. A antecipação é um fenômeno caracterizado pela diminuição da idade do início e/ou aumento da severidade dos sintomas da doença em gerações sucessivas e já foi descrita em várias síndromes de câncer familiar. Este fato apresenta consequências práticas importantes tanto para o aconselhamento e teste genético, como para o início dos programas de monitoramento preventivos para os indivíduos em situação de risco (TRKOVA et al. 2002).

A partir de análises estatísticas de dados de famílias com mutações germinativas no *TP53*, observou-se que a antecipação pode ser uma característica da SLF, e tal hipótese baseia-se em mecanismos biológicos que envolvem a proteína p53 (TRKOVA et al. 2002).

No caso de indicação de cirurgia profilática devido ao alto risco para o câncer de mama é recomendada a inclusão da investigação do histórico familiar. Mulheres com mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2 têm 60% de risco de terem um câncer na mama contra lateral. Se for comprovada a mutação, aumenta-se o alerta para os familiares, portanto a elucidação do histórico familiar é muito importante no intuito de informar esses indivíduos sobre um risco aumentado (LALLOO et al. 2003).

## **1.2 ACONSELHAMENTO E TESTE GENÉTICO**

Em 2001 o mapeamento do genoma humano foi publicado (LANDER et al. 2001). E à medida que são apresentadas mais informações sobre a arquitetura genética, torna-se cada vez mais possível examinar os nossos genes a fim de estimar a probabilidade de irmos a desenvolver certas doenças (Miki et al. 1995, citado por FOSTER et al. 2002, p.470).

No caso da suscetibilidade para desenvolver câncer de mama/ovário hereditário, ser portadora da mutação não significa que a mulher irá desenvolver o câncer, da mesma forma que não ser portadora da mutação não elimina completamente o risco da doença (Cancer Research Campaign, 2001, citado por FOSTER et al. 2002, p.470).

Ainda em relação ao câncer de mama/ovário hereditário, um dos objetivos do teste genético preditivo é reduzir a mortalidade através do encorajamento do monitoramento a fim de detectar sinais precoces da doença, assim como evitar exames desnecessários para os indivíduos que não são portadores de uma mutação genética. Alguns trabalhos sobre predisposição genética para câncer de mama/ovário hereditário mostram que as mulheres precisam tomar decisões importantes sobre a realização de testes preventivos e cirurgias profiláticas em um cenário de incerteza (FOSTER et al. 2002).

Com o aumento da identificação de várias mutações associadas a doenças específicas, é também crescente a possibilidade da prática de análises de mutações. Deste modo, o teste genético pode diminuir a morbidade e também a mortalidade por obter uma detecção precoce da possibilidade da doença e assim, poder adotar estratégias específicas de monitoramento e prevenção. No caso das doenças multifatoriais como, por exemplo, o câncer colorretal e o câncer de mama/ovário, o teste genético pode ajudar a identificar os indivíduos com risco aumentado, porém a utilização dessa estratégia pode causar aumento da angústia, ansiedade e também de estigma. Recentemente a pesquisa genética vem dando maior importância no que diz respeito ao impacto psicológico do teste genético para os pacientes que são submetidos a este e também para seus familiares. À medida que as pesquisas genéticas avançam no conhecimento dos genes relevantes envolvidos nas doenças multifatoriais complexas, torna-se cada vez mais um elemento legítimo para o diagnóstico e manejo

clínico dessas doenças. Com a evolução desta realidade torna-se cada vez mais importante a investigação das implicações psicológicas dos testes genéticos na qualidade de vida a partir das perspectivas dos pacientes e de seus familiares (HESHKA et al. 2008).

Aproximadamente dez anos após a introdução comercial, o teste genético que avalia a pré-disposição ao câncer ainda não alcançou seu potencial completo. Entre os motivos para tal fato, encontramos barreiras de acesso e falta de conhecimento que podem limitar seu uso até mesmo às populações que têm acesso a convênios médicos. Em relação às populações menos privilegiadas, acredita-se que seja difícil que os indivíduos recebam todos os benefícios das estratégias de prevenção do câncer (monitoramento intensivo, profilaxia). O impacto do teste genético preditivo relacionado ao câncer pode ser avaliado pela crescente demanda vista nos serviços genéticos, bem como na redução dos riscos de câncer em portadores de mutações conhecidas identificadas. Porém a problemática ao acesso do aconselhamento e teste genético entre populações consideradas subatendidas tem levado a aparente desigualdade nos serviços oferecidos. Outra problemática a ser considerada é a experiência reduzida dos profissionais que estão envolvidos no atendimento genético para as populações menos favorecidas. A tentativa de reparação das disparidades necessita mais do que a comprovação de que existem. Trabalhos recentes mostram que intervenções médicas preventivas de baixo custo subsidiadas pelo governo à população menos favorecida podem oferecer redução nas desigualdades da assistência médica. A melhor estratégia para que as

populações menos privilegiadas tenham acesso ao teste genético é que sejam implantados planos de expansão do teste em todo mundo (HALL e OLOPADE 2006).

De acordo com a maioria das publicações que abordam o teste genético em menores de idade, este deve ser realizado a partir dos 18 anos. Os motivos que levam a tal decisão provêm da falta de estratégias confirmadas para redução do risco, ou seja, a ausência de benefícios comprovados para prevenção da SLF nesta faixa etária.

Também é levada em conta, a violação do “direito de não saber” no caso da realização do teste em crianças cujos pais decidiram e consentiram na realização do teste; é levado em conta que nem todos os portadores da mutação desenvolvem tumores fatais (embora haja a possibilidade de tumores na infância) e também o desejo da confirmação de ausência da mutação versus risco da identificação da mutação, podendo causar abalos psicológicos importantes. A *American Society of Clinical Oncology-ASCO* enfatiza o direito dos pais poderem decidir a favor ou contra o teste genético na infância, porém se a criança for “suficientemente madura” (mais de sete anos), a sua opinião deve ser levada em consideração (PROCHAZKOVA et al. 2008).

No Brasil, o teste genético em menores de idade segue as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” do Conselho Nacional de Saúde-CNS, Resolução 196/96. O item intitulado “Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos”, aborda o tema no parágrafo III.3 da seguinte maneira: “A pesquisa em qualquer área do

conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências: ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis.” Indivíduos considerados vulneráveis: “Sabemos que há redução de autonomia temporária ou definitiva: crianças, adolescentes, enfermos, prisioneiros, têm redução temporária da autonomia porque estão impedidos de manifestar sua vontade e se espera que cessado o impedimento possam elas fazê-lo de maneira inequívoca enquanto que os seres para os quais não haja possibilidade de reversão do seu estado são considerados como tendo redução definitiva da autonomia” (CNS 2008).

De acordo com as recomendações atuais, o teste não deve ser oferecido rotineiramente para crianças de famílias afetadas (TRKOVA et al. 2002).

De maneira geral, a comunicação da informação do risco genético pode apresentar dificuldades e não existem protocolos universalmente aceitos para a prática clínica. Em relação ao teste genético, o principal objetivo do AG é viabilizar a possibilidade de que os indivíduos possam, tomar decisões de maneira informada a respeito do risco genético. Apesar das definições a respeito da tomada de decisão informada se diversificarem, grande parte delas incluem dois componentes: 1) a decisão é baseada em um conhecimento suficiente sobre as diversas alternativas e conseqüências

e 2) deve ser consistente com os valores da pessoa responsável pela decisão (MARTEAU et al. 2001; VAN DEN BERG et al. 2006).

Desta forma, a tomada de decisão informada se dá quando toda e qualquer informação considerada relevante sobre os riscos e benefícios das possíveis alternativas tenham sido avaliadas de maneira consistente com os valores do paciente (VAN DEN BERG et al. 2006).

A comunicação do risco genético é uma informação de ameaça a saúde e frequentemente não é processada de maneira sistemática e ativa (ETCHEGARY e PERRIER 2007).

Diversas teorias e análises empíricas em saúde e psicologia social sugerem que nem sempre as pessoas processam uma informação de risco a saúde de modo deliberado e sistemático. Um exemplo disto é que muitas vezes os indivíduos são motivados a processar informações de ameaça a saúde de maneira seletiva com o intuito de amenizar ou mesmo negar os riscos da doença (Ditto e Croyle 1995; Reed e Aspinwall 1998, citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.420).

Por outro lado, existem pesquisas a respeito de persuasão que sugerem que, quando um assunto é pessoalmente relevante, as pessoas tendem a processar a mensagem de forma mais extensiva ou sistemática (Chaiken 1987; Eagly e Chaiken 1993; Petty e Cacioppo 1986 citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.420).

A ansiedade e depressão influenciam significativamente a compreensão e o “lembrar” das informações relacionadas ao risco individualizado (Williams et al. 1997, citado por FOSTER et al. 2002, p.470).

Também é provável que as emoções tenham impacto na motivação para realização do teste genético. Deve-se considerar a influência das experiências de câncer na família em relação à motivação para realização do teste. Essas experiências provavelmente geram um impacto emocional nos indivíduos saudáveis e podem distorcer ou influenciar significativamente a percepção do risco de desenvolver a doença e também a decisão em realizar o teste genético. O impacto de ver um parente sofrendo ou morrendo devido a um câncer, provavelmente terá um impacto maior sobre o indivíduo do que “ouvir falar” sobre um parente afetado pela doença (FOSTER et al. 2002).

Verificou-se que mulheres próximas a pessoas com câncer compartilhavam o sofrimento e até mesmo a dor vivenciada pelo paciente (Chalmers e Thomson 1996, citado por FOSTER et al. 2002, p.471).

Estudos apontaram que uma das motivações das mulheres para realização do teste genético é conhecer o risco para seus filhos (LERMAN et al. 1994).

O teste genético pode auxiliar na identificação de indivíduos que se favoreceriam por realizarem um monitoramento com mais frequência, como também um maior empenho para prevenção. Porém o indivíduo adquirir o conhecimento que tem um risco aumentado pode ocasionar angústia psicológica devido ao aumento da preocupação em desenvolverem um câncer (AUDRAIN et al. 1997; POSLUSZNY et al. 2004).

### **1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NAS SÍNDROMES GENÉTICAS RELACIONADAS AO CÂNCER**

Com respeito aos aspectos psicológicos, foi realizado um estudo no qual foi avaliado como os pacientes que realizaram teste genético (BRCA1 e p53) de suscetibilidade ao câncer previam suas reações emocionais no momento da revelação do resultado do teste (pós-teste). Foram avaliados indivíduos não afetados, membros de famílias com SLF testados para mutação *TP53*, e indivíduos com suscetibilidade para SMOH, testados para mutação BRCA1. A pesquisa concluiu que os portadores afetados BRCA1 vivenciaram níveis mais altos de raiva e preocupação em relação ao que haviam previsto e que a maioria dos indivíduos foi preciso em anteceder suas reações emocionais para o momento pós-teste (DORVAL et al. 2000).

Em outro estudo relacionado a aspectos psicológicos e teste genético avaliaram-se estratégias para auxiliar as famílias que devem tomar a decisão de realizar ou não o teste genético para o *TP53*. Foi utilizado um vídeo informativo que possibilitou a essas famílias de aperfeiçoarem o conhecimento sobre câncer hereditário e teste genético. A apresentação do vídeo foi considerada favorável do ponto de vista psicológico, pois pôde ser importante na decisão de realizar ou não o teste e também no enfrentamento da situação como um todo (PETERSON et al. 2006).

Em um outro estudo foram avaliados os pacientes que estavam considerando o AG e teste genético para SLF, com o objetivo de determinar os fatores psicológicos relacionados à angústia específica em relação ao

câncer como também a percepção da capacidade de lidar com um resultado positivo do teste *TP53*. O estudo concluiu que os indivíduos vivenciaram angústia e preocupação relacionadas ao seu próprio risco de desenvolverem câncer, e observou-se que se sentiriam menos confiantes caso o resultado do teste fosse positivo (PETERSON et al. 2008).

Em relação ao coping, realizou-se um estudo para avaliar como as mulheres com um risco aumentado para câncer de mama enfrentaram o teste genético. Observou-se que o enfrentamento foi relativamente estável ao longo do tempo e não houve variação devido aos resultados do teste. (DOUGALL et al. 2009).

O fato de se ver inserido em um AG com possível realização de um teste genético, pode gerar diversas sensações no paciente que muitas vezes se sente desamparado em meio às próprias emoções (SPEICE et al. 2002).

#### **1.4 MECANISMOS DE DEFESA**

O termo “defesa” aparece pela primeira vez em 1894 no artigo escrito por Sigmund Freud “As Neuropsicoses de Defesa”. A partir de “Estudos sobre a Histeria” (1895) este termo passou a ser utilizado em seus artigos posteriores com o propósito de delinear “a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis”.

Freud retoma a idéia inicial de “defesa” em 1926 como sendo um conceito geral para todas as maneiras das quais o ego se utiliza para a mediação de conflitos que, de outro modo, poderiam levar a uma neurose,

diferenciando-se do termo “repressão” que seria utilizado para um modo particular de defesa (FREUD 1969).

Em 1936, Anna Freud aprofundou o conhecimento a respeito dos mecanismos de defesa em sua obra “O Ego e os Mecanismos de Defesa”, afirmando que o uso dos mecanismos de defesa é uma parte necessária do desenvolvimento normal e que as defesas podem ser consideradas patológicas somente se forem utilizadas com intensidade excessiva, se forem inapropriadas para a idade ou se continuarem a ser utilizadas em situações em que não são mais necessárias (FREUD 2006).

Anna Freud afirmava que “os mecanismos de defesa do ego são as maneiras e os meios pelos quais o ego afasta o desprazer e a ansiedade e exerce controle sobre comportamentos impulsivos, afetos e impulsos instintivos” (Freud 1966, citado por ANDREWS et al. 1993, p.246).

Acredita-se que o conceito de mecanismo de defesa do ego conserva-se como um dos mais importantes que a psicanálise ofereceu à medicina (VAILLANT 1971).

A validade da teoria dos mecanismos de defesa é um importante eixo para o diagnóstico de psicopatologias já que freqüentemente percebermos que uma resposta idiossincrática do indivíduo a essas situações pode levar a uma psicopatologia. Observamos que os mecanismos de defesa são processos reguladores, involuntários que permitem aos indivíduos uma minimização de mudanças repentinas tanto internamente como também externamente, modificando a maneira como esses eventos são percebidos (VAILLANT 1994).

De acordo com VAILLANT (1971), os mecanismos de defesa dividem-se em três fatores: fatores imaturos, neuróticos e maduros:

- ✓ defesas imaturas: são mecanismos comuns nos indivíduos saudáveis em crianças pequenas e entre os 3 e 16 anos de idade (VAILLANT 1971).
- ✓ Observa-se também que podem ser usadas nos indivíduos com transtorno de personalidade ou transtornos afetivos. São características nos comportamentos egóicos considerados mais graves, como nas psicoses e nos transtornos de personalidade. Implicam distorção da imagem de si próprio, do corpo e podem ser utilizadas na regulação da autoestima (BLAYA et al. 2003).
- ✓ defesas neuróticas: estes mecanismos são comuns nos indivíduos saudáveis a partir dos 3 anos de idade até a idade adulta como também em situações que gerem ansiedade extrema em adultos. Com bastante frequência, elas podem ser modificadas através da interpretação em psicoterapia breve (VAILLANT 1971).

Encontra-se em um nível intermediário entre as defesas maduras e as imaturas, e em funcionamento neurótico. Estas defesas modificam os afetos e os sentimentos internos dando a impressão de que o sujeito pareça estar continuamente às voltas com suas preocupações pessoais e com seus problemas sem solução (BLAYA et al. 2003).

- ✓ defesas maduras: estes mecanismos são comuns em indivíduos saudáveis a partir dos 12 anos de idade. São defesas que se manifestam durante a fase de adolescência como um sub-produto de

identificações que foram bem sucedidas e também por uma auto-imagem ideal levada a bom fim (VAILLANT 1971).

São consideradas como defesas mais adaptativas e por esse motivo são adquiridas em uma fase mais tardia no desenvolvimento emocional. Este grau de funcionamento defensivo aponta para uma adaptação mais favorável no manejo de estressores (BLAYA et al. 2003).

#### **1.4.1 Defesas Fator Imaturo**

- ✓ Isolamento: “Consiste em isolar um pensamento ou um comportamento, de tal modo que se acham quebradas as suas conexões com outros pensamentos ou com o resto da existência do indivíduo” (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).
- ✓ Projeção: atribuir às outras pessoas os próprios sentimentos não reconhecidos (VAILLANT 1971).
- ✓ Fantasia: lidar com o conflito emocional mediante devaneios exagerados, substituindo os relacionamentos humanos, ações reais e a resolução dos problemas (BLAYA et al. 2003).
- ✓ Agressão passiva: agressão em direção ao outro expressa de maneira indireta, através de passividade e masoquismo, resultando contra si mesmo (VAILLANT 1971).
- ✓ *Acting-Out*: maneira indireta para lidar com o conflito emocional através da ação. Os atos substituem o pensar, a reflexão ou a expressão dos sentimentos (BLAYA et al. 2003). É uma ação que tem

um caráter impulsivo e rompe relativamente com os sistemas de motivação habituais do indivíduo (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).

- ✓ Intelectualização: os desejos instintuais são pensados de maneira mais racional e formal. Existe uma neutralização do afeto e este não atua sobre o indivíduo. Abrange a racionalização, pensamentos mágicos e ocupar a mente com outras atividades; estes mecanismos na maioria das vezes acontecem em conjunto. Pode ocorrer também um cuidado excessivo com os objetos evitando assim a expressão de sentimentos internos; atenção para detalhes irrelevantes impedindo perceber-se o todo (VAILLANT 1971).
- ✓ Deslocamento: redirecionamento dos sentimentos para um objeto de menor importância do que a pessoa e/ou situação que produziu esse sentimento. Uma relação de transferência fácil, “o substituir” pessoas de importância emocional por pessoas desconhecidas (VAILLANT 1971).
- ✓ Negação: lidar com o conflito emocional se recusando a reconhecer o aspecto doloroso da realidade externa (BLAYA et al. 2003).
- ✓ Clivagem: coexistência de duas atitudes psíquicas em relacionada à realidade exterior quando esta contraria uma exigência da pulsão. Temos aí um lado que leva em conta a realidade e um outro lado que a nega (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).
- ✓ Somatização: propensão a reagir com manifestações somáticas no lugar de psíquicas (BLAYA et al. 2003)

- ✓ Dissociação: trata-se do rompimento da função integradora da consciência e da percepção que o indivíduo tem de si próprio, do ambiente e/ou de ações, levando o sujeito a não ser capaz de reconhecer sentimentos próprios como seus (AGUIAR 2008).
- ✓ Desvalorização: ocorre a atribuição de qualidades exageradamente negativas a si próprios ou aos outros (BLAYA et al. 2003).

#### **1.4.2 Defesas Fator Neurótico**

- ✓ Formação Reativa: o indivíduo substitui seus pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamento ou sentimento oposto. O ódio é substituído pelo amor, a crueldade pela gentileza (BLAYA et al. 2003).
- ✓ Altruísmo: processo de dedicação ao outro, instintualmente gratificante e construtivo. O benefício feito ao outro é real, ou seja, não imaginário e é diferente da formação reativa, pois deixa a pessoa que se utiliza dessa defesa gratificada (VAILLANT 1971).
- ✓ Anulação: há um esforço do indivíduo para que seus pensamentos, palavras, gestos e até mesmo atos passados não tenham acontecido, servindo-se de pensamentos ou comportamentos com significado oposto (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).
- ✓ Idealização: o indivíduo lida com o conflito emocional outorgando aos outros qualidades positivas exageradas (BLAYA et al. 2003).

### 1.4.3 Defesas Fator Maduro

- ✓ Humor: modo de expressão aberta dos sentimentos, declarada, sem causar um desconforto pessoal e sem efeito desagradável sobre as outras pessoas. Está presente em algumas brincadeiras e simulações de atitudes infantis de forma direta (sem meias palavras) e necessita de uma “platéia” que observe tais manifestações. O humor “consente” que a pessoa suporte e consiga focar naquilo que é difícil de suportar (VAILLANT 1971).
- ✓ Supressão: decisão consciente de adiar a reflexão sobre um conflito. É habitual que o indivíduo procure o lado positivo das coisas, minimizando assim um desconforto conhecido, adiando, mas não fugindo da resolução de uma determinada situação. Uma fala comum do indivíduo que utiliza esse mecanismo é: “Pensarei sobre isso amanhã”, e no dia seguinte cumpre o prometido (VAILLANT 1971).
- ✓ Antecipação: processo de antecipar as reações emocionais ou as conseqüências de possíveis acontecimentos futuros levando em conta soluções alternativas e realistas (BLAYA et al. 2003).
- ✓ Sublimação: consente a canalização de sentimentos ou impulsos mal adaptativos a um comportamento aceito socialmente. Assim, existe uma resolução indireta do conflito sem conseqüências desfavoráveis ou perda do prazer (BLAYA et al. 2003).
- ✓ Racionalização: neste processo, o sujeito procura oferecer uma explicação que seja coerente do ponto de vista lógico ou moral, cujos

motivos reais não são percebidos, como no caso da formação de um sintoma (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).

### **1.5 DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE – 40**

O *Defense Style Questionnaire* (DSQ) foi desenvolvido por BOND (1991) a partir de uma grande linha de pesquisa que visava realizar instrumentos que permitissem o estudo de um ponto de vista experimental ou empírico dos mecanismos de defesa do ego. Como não é possível a observação direta e nem mesmo medir fatores inconscientes, BOND (1991) trabalhou com derivados conscientes, que apesar de não medirem de forma direta os mecanismos de defesa, estão relacionados com eles. É importante lembrar que, nesse contexto, o termo “defesa” descreve os aspectos intrapsíquicos inconscientes, e também comportamentos consciente ou inconscientemente que têm o intuito de conciliar impulsos internos e demandas externas (ANDRADE e SHIRAKAWA 2006).

No intuito de edificar a possibilidade para detectar os processos inconscientes, partiu-se de dois pressupostos: a) em alguns momentos as defesas podem falhar e assim o indivíduo pode vir a tomar consciência de impulsos que são inaceitáveis, como também das maneiras mais freqüentemente utilizadas para se defender dos mesmos; b) é bastante frequente que o modo como um indivíduo age habitualmente seja notado e apontado no âmbito social (ANDRADE e SHIRAKAWA 2006).

A partir do DSQ, desenvolvido por BOND (1991) com 67 itens, ANDREWS et al. (1993) realizaram um trabalho de reorganização do instrumento em 40 perguntas relacionadas às defesas descritas no DSM-III-R. O DSQ – 40 pode ser considerado como uma medida conveniente e confiável para ser utilizado na prática clínica, sendo um promissor instrumento de pesquisa (ANDREWS et al. 1993).

No DSQ - 40, as defesas estão divididas em três fatores: fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização).

O DSQ – 40 foi traduzido e validado para o português com permissão do autor por BLAYA et al. (2004).

## **1.6 COPING**

De acordo com a literatura, o conceito de *coping* vem sendo estudado há muito tempo, mas foi na década de 60 e 70, que o interesse sobre este tema ganhou mais força e interesse. Foi neste momento que o *coping* foi definido mais claramente, paralelamente ao crescente interesse no conceito de estresse. Partindo do conceito geral de *coping* que inclui as defesas do ego, e sendo as defesas propriamente ditas uma forma de lidar com

ameaças à integridade psicológica, conclui-se que o interesse psicanalítico nas defesas foi o precursor da definição deste conceito (LAZARUS 1993).

Define-se *coping* como: “os esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa” (Lazarus e Folkman 1984 citado por SAVOIA 1999, p.58).

O *coping* consiste em uma resposta que tem a intenção de aumentar, gerar ou conservar a percepção do controle individual, entretanto o significado deste controle pode ser ilusivo.

O modelo de Folkman e Lazarus abrange quatro conceitos fundamentais: a) *coping* é um processo onde há conexão entre o indivíduo e o ambiente; b) sua função é gerir a situação estressora, e não controlá-la ou dominá-la; c) os processos de *coping* conjecturam a concepção de avaliação, de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na concepção do indivíduo; d) o processo de *coping* é organizado com a mobilização de esforços, pelo qual os indivíduos vão empreender mudanças cognitivas e comportamentais, visando à administração (redução, minimização ou tolerância) das demandas internas e também externas originadas pela interação deste indivíduo com o ambiente (Folkman e Lazarus 1980, citado por ANTONIAZZI et al. 1998, p.275).

De acordo com esta interpretação, os esforços de *coping* se diferenciam dos comportamentos adaptativos e automatizados e apresentam

duas funções que chamamos de *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. O *coping* centrado no problema tem sua função centrada em alterar a relação entre a pessoa e o ambiente a partir de um controle ou alteração do problema que ocasionou o “*distress*”. Já o *coping* centrado na emoção procura adequar a resposta emocional ao problema (SAVOIA 1999).

Podem existir uma variação dos processos de *coping* de acordo com o desenvolvimento do indivíduo. Este fato ocorre porque os indivíduos vivenciam situações diferentes durante sua vida acumulando experiências.

Quando falamos de *coping* é necessário discernir entre estratégias de *coping* e estilos de *coping*. Em regra, as estratégias de *coping* correspondem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas frente a um acontecimento específico considerado estressante. Já os estilos de *coping* têm relação especificamente com as características de personalidade do indivíduo que interferem na resposta à situação (Rejan-Wenger 1992 citado por ANTONIAZZI et al. 1998, p.276).

As estratégias de *coping* ligadas aos fatores situacionais podem se alterar no decurso da situação estressante. Não há a possibilidade de se prever respostas situacionais derivadas de um estilo típico de *coping* de um indivíduo. Em relação à avaliação da conjuntura estressante, a avaliação primária procura considerar os riscos presentes neste contexto; a avaliação secundária consiste basicamente de uma análise, por parte do indivíduo, dos recursos disponíveis e quais as opções para lidar com essa ocorrência (ANTONIAZZI et al. 1998).

## **1.7 INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING – FOLKMAN E LAZARUS**

O Inventário de Estratégias de *Coping* é um instrumento elaborado por Folkman e Lazarus (1985) citado por ANTONIAZZI et al. (1998, p.275) composto por 66 itens que reúne pensamentos e ações utilizadas pelos indivíduos para lidarem com demandas internas ou externas de um fato estressante específico.

A aplicação do questionário visa avaliar o processo de elaboração do indivíduo frente a uma dada situação e não da forma de elaboração como estilo ou traço de personalidade. É a situação específica que determina o padrão de estratégias de elaboração neste instrumento e não variáveis pessoais.

Os dados da escala fundam-se em oito fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. O instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira (SAVOIA 1999).

## **1.8 MECANISMOS DE DEFESA X COPING**

Ao discorrer sobre mecanismos de defesa e *coping*, consideramos quais são os critérios que poderiam indicar de que maneira esses dois

processos são distintos e se em algum momento apresentam alguma semelhança.

Os mecanismos de defesa, assim como as estratégias de *coping* são maneiras de lidar com as situações desfavoráveis. Ou seja, ambos têm a função de proteger os indivíduos de consequências emocionais de adversidade. Mesmo havendo semelhanças em suas funções, devem ser entendidos como dois tipos diferentes de mecanismos que podem servir como forma de adaptação psicológica. Talvez a principal diferença entre os dois seja que enquanto os mecanismos de defesa ocorrem sem esforço e sem a percepção consciente, o *coping* envolve um esforço consciente e proposital. As estratégias de *coping* são utilizadas com a intencionalidade de lidar ou mesmo de solucionar uma circunstância problemática, enquanto que os mecanismos de defesa ocorrem sem uma intencionalidade consciente, alterando o estado psicológico interno, porém podendo não ter um efeito na realidade externa; sendo assim pode resultar em uma percepção não verídica, podendo constituir uma distorção da realidade. Mais uma importante distinção é que os mecanismos de defesa são relativamente estáveis, com características duradouras e permanentes que caracterizam o indivíduo. Já as estratégias de *coping* são geralmente consideradas dependentes da situação, visto que, diversos pesquisadores acreditam que as disposições da personalidade não são importantes na determinação das reações de *coping* (CRAMER 1998).

A ênfase da pesquisa acerca do *coping* tem sido a determinação das suas estratégias. As estratégias de *coping* são consideradas reações a

situações. Em relação aos mecanismos de defesa, estes são entendidos como disposições invariáveis da personalidade do indivíduo.

Apesar do entendimento do *coping* como sendo específico da situação e não do indivíduo, não podemos ainda afirmar de maneira clara que a mesma situação irá desencadear a mesma resposta em circunstâncias diferentes (Sul et al. 1996, citado por CRAMER 1998, p.920). Para lidar com os fatores estressantes, os indivíduos utilizam ambos, tanto os comportamentos intencionais, como os mecanismos inconscientes que não envolvem uma decisão proposital.

De maneira geral, esses processos são importantes para a compreensão de como as pessoas lidam com as adversidades.

## **1.9 CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS UTILIZADAS E A SLF**

Devido ao grande número de tumores possíveis na SLF acreditamos ser importante aprofundar o entendimento de como esses pacientes enfrentam essa condição.

Diante da dificuldade da situação de um teste genético, ainda não tão habitual, poderíamos avaliar aspectos emocionais como depressão e ansiedade secundárias à realização do teste. Porém acreditamos que a avaliação dos Mecanismos de Defesa e *Coping* poderiam nos proporcionar um entendimento dos aspectos inconscientes e de enfrentamento, respectivamente, em uma situação potencialmente conflitante e ainda desconhecida do ponto de vista psíquico.

## ***OBJETIVOS***

---

## 2 OBJETIVOS

- 1 Avaliação dos mecanismos de defesa e *coping* em indivíduos submetidos à teste genético para SLF.
- 2 Compreender como o paciente está “convivendo” com o resultado do seu teste, como está mobilizado e que “arranjo interno” está atuando para a situação de enfrentamento.
- 3 Entender se a realização do teste genético pode ser considerada fonte geradora de conflitos.

***CASUÍSTICA***

---

### 3 CASUÍSTICA

Foi incluída neste estudo uma família composta por 63 indivíduos que foram submetidos ao teste genético para SLF (mutação no gene *TP53*) pelo Departamento de Oncogenética do Hospital A.C. Camargo. Todos os participantes já tinham conhecimento do resultado do teste genético no momento da avaliação.

O nosso critério de inclusão foi estudar especificamente esta família que realizou o teste genético, independentemente do fato desses pacientes terem ou não câncer, uma vez que, o objetivo deste trabalho foi estudar os aspectos psíquicos na realização do teste genético.

Em relação à casuística de aceitação em participar do projeto, inicialmente 49 pacientes aceitaram participar do projeto, 35 destes pacientes devolveram o consentimento informado assinado, 14 pacientes não devolveram o consentimento informado assinado, 13 pacientes não demonstraram interesse em participar do estudo e houve 1 caso de óbito antes do início do estudo.

A amostra estudada foi de 35 pacientes.

## ***MÉTODO***

---

## 4 MÉTODO

Foi feito um contato inicial por telefone com cada indivíduo explicando o objetivo do estudo, escalas que seriam utilizadas *Defense Style Questionnaire* – 40 (DSQ – 40) e a *Coping*) e que o tempo que seria empregado seria de aproximadamente 20 minutos para a aplicação destas. Após a decisão do paciente em participar do estudo, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo correio juntamente com um envelope selado para que a devolução do TCLE assinado fosse feita sem nenhum custo para o paciente.

Depois de receber o TCLE assinado, o pesquisador entrou em contato com o paciente por telefone para aplicação das escalas *Defense Style Questionnaire* (DSQ – 40) e *Coping*.

O programa utilizado para a construção do banco de dados foi o SPSS for Windows versão 15.

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e quartis (percentil 25, mediana, percentil 75). Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas e relativas.

Para a comparação dos dois grupos foi utilizado o teste t de *Student*. Quando a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada foi utilizado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*.

Para a comparação das proporções entre os dois grupos foi utilizado o teste exato de *Fisher* (quando ocorreram frequências esperadas menores do que 5).

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

## ***RESULTADOS***

---

## 5 RESULTADOS

O presente estudo avaliou 35 indivíduos provenientes da mesma família, sendo todos pacientes do Departamento de Oncogenética do Hospital A.C. Camargo que realizaram AG e foram submetidos ao teste genético para SLF.

A idade variou entre 19 e 76 anos, com média de 47 anos para os indivíduos com resultado do teste negativo ( $n=21$ ) e de 47,43 anos para os indivíduos com resultado do teste positivo ( $n=14$ ). Em relação ao gênero, a maioria dos pacientes nos dois grupos foi do sexo feminino, sendo que 15 pacientes que tinham teste negativo foram mulheres e 10 pacientes que tinham resultado positivo foram mulheres. Os grupos não diferem em relação à idade e sexo. A maioria dos indivíduos foi do sexo feminino (71,4%).

Observamos que entre os 35 pacientes avaliados, 14 pacientes apresentavam resultado do teste genético positivo; sendo 25 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Entre esses pacientes, 10 pacientes do sexo feminino tiveram resultado do teste genético positivo e 15 mulheres com resultado negativo e em relação ao sexo masculino, 4 pacientes tiveram resultado do teste genético positivo e 6 negativo.

A Tabela 1 descreve os indivíduos participantes do estudo em relação ao sexo, idade atual, localização/idade do câncer (quando ocorrido) e resultado do teste genético.

**Tabela 1** - Identificação do paciente em relação ao sexo, idade atual, localização/idade do câncer e resultado do teste genético.

| Identificação do Paciente | Sexo | Idade Atual | Localização do Câncer/Idade                                  | Resultado do Teste |
|---------------------------|------|-------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1                         | F    | 19          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 2                         | F    | 60          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 3                         | F    | 63          | Mama 61                                                      | Positivo           |
| 4                         | F    | 67          | Estômago                                                     | Negativo           |
| 5                         | F    | 23          | Mama 42                                                      | Positivo           |
| 6                         | F    | 57          | Mama 58                                                      | Negativo           |
| 7                         | F    | 66          | Mama 40/Tireóide 57/Pulmão 66                                | Positivo           |
| 8                         | M    | 60          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 9                         | M    | 47          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 10                        | F    | 43          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 11                        | F    | 45          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 12                        | F    | 36          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 13                        | F    | 45          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 14                        | F    | 62          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 15                        | F    | 66          | Sarcoma 58/Mama 59/Tireóide 61/Pulmão 62/Leiomiomasarcoma 66 | Positivo           |
| 16                        | F    | 29          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 17                        | M    | 20          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 18                        | M    | 30          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 19                        | M    | 53          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 20                        | F    | 56          | Cólon 43                                                     | Negativo           |
| 21                        | M    | 35          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 22                        | F    | 45          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 23                        | F    | 44          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 24                        | F    | 55          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 25                        | F    | 57          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 26                        | F    | 76          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 27                        | F    | 42          | Assintomático                                                | Positivo           |
| 28                        | F    | 19          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 29                        | F    | 21          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 30                        | F    | 37          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 31                        | F    | 41          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 32                        | M    | 54          | Tireóide 54                                                  | Positivo           |
| 33                        | M    | 42          | Assintomático                                                | Negativo           |
| 34                        | M    | 72          | Rim 63                                                       | Negativo           |
| 35                        | M    | 65          | Assintomático                                                | Negativo           |

Na Tabela 2 observamos que em relação às defesas específicas de cada fator do DSQ – 40 (fator maduro, neurótico e imaturo) foi verificada diferença entre os grupos no fator maduro, especificamente na defesa ‘humor’, tendo o grupo com resultado positivo apresentado valor significativamente maior deste escore quando comparado ao grupo com resultado negativo.

**Tabela 2** - Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator maduro.

| Classificação  | Teste    | n  | Média | dp   | Mínimo | Máximo | P25   | Mediana | P75   | p*    |
|----------------|----------|----|-------|------|--------|--------|-------|---------|-------|-------|
| Humor          | Negativo | 21 | 10,00 | 4,90 | 2,00   | 17,00  | 5,00  | 11,00   | 14,50 | 0,040 |
|                | Positivo | 14 | 13,29 | 3,93 | 5,00   | 18,00  | 10,50 | 14,00   | 16,25 |       |
| Supressão      | Negativo | 21 | 9,71  | 5,23 | 2,00   | 17,00  | 4,50  | 9,00    | 15,00 | 0,516 |
|                | Positivo | 14 | 10,79 | 4,71 | 2,00   | 18,00  | 8,75  | 10,00   | 14,50 |       |
| Antecipação    | Negativo | 21 | 12,19 | 5,17 | 2,00   | 18,00  | 9,00  | 14,00   | 16,50 | 0,210 |
|                | Positivo | 14 | 9,79  | 4,84 | 4,00   | 18,00  | 5,50  | 10,00   | 13,50 |       |
| Sublimação     | Negativo | 21 | 13,19 | 4,03 | 2,00   | 18,00  | 10,00 | 14,00   | 17,00 | 0,127 |
|                | Positivo | 14 | 10,71 | 4,71 | 3,00   | 18,00  | 6,00  | 10,50   | 14,50 |       |
| Racionalização | Negativo | 21 | 10,67 | 3,92 | 4,00   | 18,00  | 8,50  | 10,00   | 14,50 | 0,396 |
|                | Positivo | 14 | 11,57 | 3,16 | 6,00   | 17,00  | 9,75  | 11,00   | 15,00 |       |

(\*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

A Tabela 3 apresenta o fator neurótico do DSQ – 40 onde observamos que os grupos apresentam diversidade na defesa ‘anulação’. O grupo com resultado negativo apresenta valor significativamente maior deste recurso (0,004) quando comparado ao grupo com resultado positivo. Na defesa altruísmo obtivemos um resultado tendendo a significância para os pacientes com resultado do teste negativo (0,071).

**Tabela 3** - Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator neurótico.

| Classificação | Teste    | n  | Média | dp   | Mínimo | Máximo | P25   | Mediana | P75   | p*    |
|---------------|----------|----|-------|------|--------|--------|-------|---------|-------|-------|
| Formação      | Negativo | 21 | 9,67  | 5,33 | 2,00   | 18,00  | 5,00  | 9,00    | 14,50 | 0,630 |
| Reativa       | Positivo | 14 | 10,50 | 4,40 | 2,00   | 16,00  | 8,00  | 11,00   | 14,00 |       |
| Altruísmo     | Negativo | 21 | 11,24 | 4,60 | 3,00   | 18,00  | 7,50  | 10,00   | 15,50 | 0,071 |
|               | Positivo | 14 | 14,00 | 4,40 | 6,00   | 18,00  | 10,25 | 15,00   | 18,00 |       |
| Anulação      | Negativo | 21 | 11,71 | 5,40 | 2,00   | 18,00  | 9,00  | 13,00   | 16,50 | 0,004 |
|               | Positivo | 14 | 6,36  | 3,77 | 2,00   | 14,00  | 3,00  | 5,00    | 10,00 |       |
| Idealização   | Negativo | 21 | 6,90  | 4,52 | 2,00   | 16,00  | 2,50  | 6,00    | 9,00  | 0,495 |
|               | Positivo | 14 | 7,50  | 3,11 | 3,00   | 13,00  | 4,75  | 7,50    | 10,25 |       |

(\*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

A Tabela 4 descreve o fator imaturo do DSQ – 40 e observou-se diferença entre os grupos na defesa *acting-out*, tendo o grupo com resultado negativo apresentado valor significativamente maior deste escore quando comparado ao grupo com resultado positivo (0,016).

Verificamos que o grupo com resultado negativo apresentou valores maiores para a defesa projeção, tendendo a significância.

**Tabela 4** - Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das classificações do fator imaturo.

| Classificação     | Teste    | n  | Média | dp   | Mínimo | Máximo | P25  | Mediana | P75   | p*           |
|-------------------|----------|----|-------|------|--------|--------|------|---------|-------|--------------|
| Isolamento        | Negativo | 20 | 8,25  | 3,89 | 2,00   | 14,00  | 5,25 | 8,50    | 11,00 | 0,823        |
|                   | Positivo | 14 | 8,93  | 5,25 | 2,00   | 18,00  | 3,75 | 8,50    | 12,00 |              |
| Projeção          | Negativo | 21 | 5,38  | 4,39 | 2,00   | 16,00  | 2,00 | 3,00    | 8,00  | 0,089        |
|                   | Positivo | 14 | 3,07  | 2,13 | 2,00   | 8,00   | 2,00 | 2,00    | 3,00  |              |
| Fantasia          | Negativo | 21 | 7,43  | 4,59 | 2,00   | 18,00  | 3,50 | 8,00    | 9,00  | 0,210        |
|                   | Positivo | 14 | 5,79  | 4,32 | 2,00   | 18,00  | 2,75 | 5,00    | 7,25  |              |
| Agressão passiva  | Negativo | 21 | 5,95  | 3,92 | 2,00   | 14,00  | 2,00 | 6,00    | 9,00  | 0,235        |
|                   | Positivo | 14 | 4,07  | 1,98 | 2,00   | 7,00   | 2,00 | 4,00    | 6,00  |              |
| <i>Acting-out</i> | Negativo | 21 | 10,05 | 4,76 | 2,00   | 18,00  | 8,00 | 10,00   | 13,50 | <b>0,016</b> |
|                   | Positivo | 14 | 6,14  | 3,13 | 2,00   | 10,00  | 3,00 | 6,00    | 10,00 |              |
| Deslocamento      | Negativo | 21 | 7,81  | 4,94 | 1,00   | 18,00  | 2,00 | 10,00   | 11,50 | 0,278        |
|                   | Positivo | 14 | 5,86  | 3,86 | 2,00   | 10,00  | 2,00 | 4,50    | 10,00 |              |
| Negação           | Negativo | 21 | 7,10  | 3,88 | 2,00   | 15,00  | 3,50 | 7,00    | 10,00 | 0,778        |
|                   | Positivo | 14 | 6,79  | 3,64 | 2,00   | 16,00  | 4,50 | 6,00    | 9,00  |              |
| Clivagem          | Negativo | 21 | 7,33  | 3,53 | 2,00   | 14,00  | 3,50 | 8,00    | 10,00 | 0,881        |
|                   | Positivo | 14 | 7,57  | 3,67 | 2,00   | 14,00  | 4,50 | 7,00    | 10,25 |              |
| Somatização       | Negativo | 21 | 9,52  | 5,84 | 2,00   | 18,00  | 3,50 | 10,00   | 15,00 | 0,145        |
|                   | Positivo | 14 | 6,57  | 4,18 | 1,00   | 14,00  | 2,75 | 7,50    | 10,00 |              |
| Dissociação       | Negativo | 21 | 7,67  | 3,44 | 2,00   | 14,00  | 5,50 | 8,00    | 11,00 | 0,414        |
|                   | Positivo | 14 | 8,79  | 3,64 | 2,00   | 16,00  | 6,00 | 8,50    | 11,25 |              |
| Desvalorização    | Negativo | 21 | 6,29  | 3,26 | 2,00   | 14,00  | 3,50 | 6,00    | 8,00  | 0,175        |
|                   | Positivo | 14 | 4,71  | 2,55 | 2,00   | 10,00  | 2,00 | 4,50    | 6,25  |              |

(\*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

A Tabela 5 indica a relação entre os fatores gerais do DSQ – 40 de acordo com o resultado do teste genético. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos em relação às defesas, porém podemos observar que

os pacientes com resultado do teste negativo apresentaram valor tendendo a significância no fator imaturo ( $p=0,061$ ).

**Tabela 5** - Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis das defesas.

| Fator     | Teste    | n  | Média | dp   | Mínimo | Máximo | P25  | Mediana | P75   | p*    |
|-----------|----------|----|-------|------|--------|--------|------|---------|-------|-------|
| Maduro    | Negativo | 21 | 11,15 | 2,84 | 5,80   | 16,60  | 8,70 | 11,60   | 13,60 | 0,960 |
|           | Positivo | 14 | 11,19 | 2,12 | 8,00   | 15,00  | 9,65 | 10,70   | 13,25 |       |
| Neurótico | Negativo | 21 | 9,88  | 3,16 | 3,25   | 15,25  | 7,00 | 10,50   | 12,13 | 0,907 |
|           | Positivo | 14 | 10,18 | 2,96 | 5,50   | 16,50  | 7,94 | 9,63    | 12,31 |       |
| Imaturo   | Negativo | 21 | 7,49  | 2,06 | 4,18   | 11,09  | 5,82 | 7,81    | 9,14  | 0,061 |
|           | Positivo | 14 | 6,20  | 1,24 | 4,54   | 8,54   | 5,23 | 6,00    | 6,91  |       |

(\*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

A Tabela 6 evidencia que não houve diferença na comparação dos dois grupos em relação aos oito fatores avaliados no *Coping*.

**Tabela 6** - Valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis dos fatores do *Coping*.

| Fator                         | Teste    | n  | Média | dp   | Mínimo | Máximo | P25  | Mediana | P75   | p*    |
|-------------------------------|----------|----|-------|------|--------|--------|------|---------|-------|-------|
| Confronto                     | Negativo | 20 | 3,10  | 2,45 | 0,00   | 8,00   | 1,00 | 3,00    | 5,00  | 0,907 |
|                               | Positivo | 14 | 3,21  | 3,04 | 0,00   | 9,00   | 1,00 | 2,50    | 6,25  |       |
| Afastamento                   | Negativo | 21 | 5,00  | 3,26 | 1,00   | 14,00  | 2,50 | 4,00    | 7,00  | 0,474 |
|                               | Positivo | 14 | 5,93  | 3,79 | 0,00   | 13,00  | 3,00 | 6,00    | 7,50  |       |
| Autocontrole                  | Negativo | 21 | 7,86  | 3,23 | 3,00   | 15,00  | 6,00 | 7,00    | 9,50  | 0,803 |
|                               | Positivo | 14 | 7,21  | 1,76 | 3,00   | 9,00   | 6,00 | 7,50    | 9,00  |       |
| Suporte social                | Negativo | 21 | 8,38  | 4,10 | 1,00   | 15,00  | 5,00 | 9,00    | 11,50 | 0,960 |
|                               | Positivo | 14 | 8,43  | 5,84 | 1,00   | 17,00  | 2,75 | 10,00   | 12,75 |       |
| Aceitação de responsabilidade | Negativo | 21 | 4,81  | 4,20 | 0,00   | 14,00  | 2,00 | 3,00    | 9,00  | 0,934 |
|                               | Positivo | 14 | 4,57  | 3,50 | 0,00   | 10,00  | 1,50 | 4,50    | 8,00  |       |
| Fuga e esquiva                | Negativo | 21 | 2,33  | 2,06 | 0,00   | 6,00   | 1,00 | 2,00    | 4,00  | 0,377 |
|                               | Positivo | 14 | 1,57  | 1,45 | 0,00   | 5,00   | 0,00 | 1,50    | 2,25  |       |
| Resolução de problemas        | Negativo | 21 | 6,10  | 3,67 | 0,00   | 12,00  | 3,00 | 6,00    | 9,50  | 0,778 |
|                               | Positivo | 14 | 6,36  | 3,13 | 0,00   | 11,00  | 4,00 | 6,50    | 9,25  |       |
| Reavaliação positiva          | Negativo | 21 | 11,57 | 5,15 | 6,00   | 24,00  | 6,50 | 10,00   | 15,50 | 0,293 |
|                               | Positivo | 14 | 13,29 | 6,19 | 0,00   | 23,00  | 9,50 | 14,00   | 18,00 |       |

(\*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

***DISCUSSÃO***

---

## 6 DISCUSSÃO

O nosso estudo avaliou como os pacientes submetidos ao teste genético lidaram com esse momento, considerando que se trata de um evento de vida significativo e que apresenta um resultado irreversível.

Na prática do teste genético, muitos fatores ligados à ética estão presentes, uma vez que informações acerca do risco genético e resultado do teste são informações que podem causar repercussões psicológicas e/ou consequências que afetem o comportamento do indivíduo. Alguns estudos têm procurado avaliar os fatores relacionados ao estresse psicológico entre os pacientes submetidos ao teste genético no intuito de identificar os indivíduos propensos a desenvolverem um comportamento de risco e, assim, delinear estratégias apropriadas (MEISER 2005).

A partir dos conceitos dos mecanismos de defesa do ego e do *coping* procuramos compreender como os pacientes que realizaram o teste genético para SLF enfrentaram essa situação nesse contexto.

Quando o indivíduo se utiliza dos mecanismos de defesa seu intuito é resguardar seus conceitos, suas percepções e assim internalizar as informações selecionadamente, satisfazendo essas crenças (Chen e Chaiken 1999, citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.425).

No que diz respeito ao mundo psíquico, os ímpetos do “id” procuram incessantemente serem satisfeitos, ao passo que o ego necessita conciliar esses impulsos com a realidade externa e também com os impedimentos do

superego (BLAYA et al. 2003). Dessa maneira processa-se uma atenuação dos conflitos (ANDREWS et al. 1993).

Partindo desse ponto de vista, os sujeitos de nosso estudo estariam motivados de forma defensiva a rejeitarem a informação do risco genético. A motivação para a defesa pode também ser ainda mais intensa nas pessoas que acreditam que seu risco para a doença é alto, geralmente devido à experiência de presença da doença em suas famílias (Chalmers e Thompson 1996, citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.428).

No nosso trabalho, o grupo com resultado negativo utilizou predominantemente duas defesas, sendo uma do fator imaturo (*acting out*) e a outra do fator neurótico (anulação); enquanto o grupo positivo se utilizou predominantemente de uma defesa do fator maduro (humor). Esse resultado nos permite avaliar que o grupo com resultado do teste negativo apresenta tendência a utilizar-se de defesas mais primitivas.

As defesas do fator imaturo são mais comumente utilizadas entre os 3 e 16 anos, e nos chama a atenção a utilização dessas defesas pelo fato de que a média de idade na nossa amostra para os pacientes com resultado negativo foi de 47 anos. Podemos pensar que esses pacientes se sentiram destituídos em relação à imagem que têm de si próprios e ameaçados na sua integridade psíquica apesar do resultado negativo do teste, uma vez que essas defesas também podem ser utilizadas na regulação da autoestima.

Essa classe de defesas também pode voltar a ser utilizada quando o indivíduo adulto está sob condição de estresse agudo (BLAYA et al. 2003).

Devemos levar em conta que o evento teste genético, apesar do resultado negativo, foi entendido como condição de grande estresse e influenciou na autoestima do indivíduo. O paciente que realiza o teste pode ter a experiência de algo ter mudado em relação à sua identidade, passando por uma situação vivenciada como constrangedora e problemática, por ainda ser um procedimento pouco usual. Este achado nos levou a concluir que um resultado que poderia ser considerado um “alívio” não foi suficiente para aplacar o efeito da vivência desta condição.

A utilização da defesa *acting-out* pode estar neste grupo a serviço de manter afastada do consciente a ideia inicial, que era a probabilidade real de ser um paciente de auto risco. Podemos levantar a hipótese de que a sua utilização pôde tentar mascarar uma culpa pela negatividade do teste.

A defesa *acting-out* nos remete à ideia de que os conflitos emocionais são substituídos por uma atuação, não permitindo que aconteça uma reflexão e/ou uma manifestação de sentimentos, o que nos mostra a dificuldade que esses pacientes encontraram em elaborar seus resultados, apesar de terem sido satisfatórios.

Os indivíduos que são submetidos ao teste genético podem rejeitar defensivamente qualquer informação a respeito do risco genético, até mesmo quando apresentam baixo risco (ETCHEGARY e PERRIER 2007). No contexto do AG, a motivação defensiva pode ser alta, pois a visão de si como indivíduo saudável e capaz está sendo ameaçada (Steele 1988, citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.428).

Em relação à defesa anulação, esta esteve associada aos pacientes com resultado negativo para o teste genético. Para a psicanálise, “a anulação é o mecanismo pelo qual o indivíduo se esforça por fazer com que pensamentos, palavras, gestos e atos passados não tenham acontecido” (LAPLANCHE e PONTALIS 1988).

O fato de não termos evidenciado a associação da utilização desta defesa com o grupo de pacientes com resultado positivo foi encorajador por ser importante que o paciente, diante de um resultado positivo não renegue sua condição e evolua para uma elaboração.

O fato do grupo com resultado positivo ter se utilizado mais frequentemente da defesa humor (fator maduro) nos leva a entender que houve uma tentativa adequada de adaptação a essa nova realidade em suas vidas. O humor como defesa tenta abrandar a dificuldade em lidar com essa nova situação tanto para os pacientes, como na relação com seus familiares. A utilização dessa defesa especificamente pode ter a função de evitar um desconforto ainda maior adotando uma postura mais tênue em relação ao problema, consentindo que se suporte este intenso sofrimento.

Para a defesa altruísmo, encontramos uma tendência à significância para a associação com o grupo com resultado positivo, o que nos remete a pensar que esses pacientes tenderiam a se defender da dor de serem portadores da mutação, dedicando-se ao outro e dessa forma buscando gratificação e deslocando o foco da sua preocupação. Outra possibilidade, levando em consideração vivermos em uma cultura judaico cristã, seria a

associação inconsciente do castigo (do teste genético positivo) a uma culpa e a ajuda uma forma de expiação.

Na situação do AG as relações interpessoais são proeminentes, pois o risco genético é um risco familiar. As decisões sob o risco genético são motivadas por percepções de responsabilidade em relação aos outros membros da família (Etchegary e Fowler 2006 citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.429).

No contexto do AG, independentemente da expectativa do risco ser alto ou baixo, quando as crenças dos indivíduos são ameaçadas, eles estarão propensos a processarem a informação de maneira distorcida de forma a confirmar as conclusões esperadas (Lieberman e Chaiken 1992, citado por ETCHEGARY e PERRIER 2007, p.429).

Não houve diferença em relação aos mecanismos de defesa na associação entre os dois grupos com resultados positivo e negativo do teste genético quando considerados como um *score* único para cada um dos fatores, porém os pacientes com resultado do teste negativo apresentaram resultado com tendência a significância de associação com o fator imaturo, o que pôde ser melhor observado quando analisados os sub fatores em separado, como discutimos acima.

Os dois grupos de pacientes não apresentaram diferenças significativas com relação ao *coping*, o que pode sugerir que a realização do teste genético para SLF mobilize conflitos presentes em níveis mais profundos e intensos nos indivíduos e não aqueles comportamentais e cognitivos.

Este dado nos informa que os pacientes em ambos os grupos lançaram mão de estratégias de enfrentamento semelhantes e que se assemelham em relação à sua resposta prática à situação. Já os mecanismos de defesa, por lidarem com processos inconscientes estão em níveis mais profundos do aparelho psíquico e, portanto não sendo utilizados pelo indivíduo de maneira consciente.

Em conformidade com todos os aspectos estudados neste trabalho, podemos concluir que a edificação defensiva pode ser considerada valiosa no estudo do psiquismo dos indivíduos.

O conhecimento dos aspectos psíquicos relacionados ao enfrentamento diante das situações de trauma a partir de um evento controlável pode favorecer a diminuição do sentimento de angústia psicológica. Um acompanhamento psicológico com esses pacientes pode favorecer um melhor entendimento de seus sentimentos, possibilitando diminuição da angústia e levando-os a sentirem-se mais estruturado emocionalmente. Os mecanismos psíquicos são infindáveis; nas diversas situações de dificuldade que se apresentam na vida o nosso universo psíquico está sempre em busca da homeostase psíquica, procurando evitar a dor e que prevaleça o princípio do prazer.

A importância de ter avaliado os mecanismos de defesa e de *coping* nesses indivíduos submetidos a teste genético para Síndrome de Li-Fraumeni foi compreendermos que a realização de um teste genético é um procedimento que pode gerar conflitos psíquicos importantes independentemente do resultado do teste. Pudemos concluir que um

resultado negativo pode ser igual ou mais conflituoso do que um resultado positivo. Observou-se que o fato isolado “realização do teste” pode ter um efeito traumático por si só.

Para uma compreensão adequada de como esses pacientes estão convivendo com seus resultados do teste genético há a necessidade da realização de um aconselhamento genético por médicos oncogeneticistas e a presença de um psico-oncologista com experiência em oncogenética para acompanhar esses pacientes de maneira a fornecer um suporte emocional adequado em um momento peculiar da vida deste paciente. Os conflitos gerados pela realização de um teste genético ocupam um lugar profundo na mente do indivíduo, atingindo níveis intensos.

Um ponto do nosso trabalho e que pode ser considerado uma limitação é que todos os pacientes avaliados foram da mesma família. Existem poucos estudos que avaliam os aspectos psicológicos dos indivíduos que são submetidos a teste genético para SLF, principalmente no que diz respeito a avaliação dos mecanismos de defesa e *coping*. Portanto acreditamos que os resultados encontrados são bastante relevantes, pois podem favorecer a compreensão das reações psíquicas dos indivíduos que realizam teste genético que ainda é uma prática não tão habitual, principalmente para SLF, que é uma síndrome ainda relativamente desconhecida. Por outro lado, os indivíduos, apesar de fazerem parte de uma mesma família, não tinham contato uns com os outros, muitos deles se conheceram apenas no dia da coleta do sangue para realização do teste, sendo inclusive procedentes de diferentes cidades do Estado de São Paulo,

portanto provavelmente não apresentavam um padrão grupal. Mais um fator a ser considerado é o que é conhecido em termos da teoria de mecanismos de defesa e *coping*. Os mecanismos de defesa são demarcados de acordo com o grau de maturidade com relação ao funcionamento defensivo e têm relação direta com o ego. Portanto é um padrão de resposta individual, sofrendo pouca influência em relação a padrões familiares. O *coping* é avaliado em relação a estratégias de enfrentamento frente a adversidades, portanto são também respostas próprias do indivíduo.

Consideramos que seria importante uma avaliação desses indivíduos em duas situações, pré-teste e pós-teste, no intuito de compreendermos como evolui a resposta psicológica do momento do teste ao momento pós-resultado e como forma de lidar com os possíveis resultados. Um fator limitante desse trabalho seria o tempo empregado durante o processo, até o recebimento do resultado do teste que é de aproximadamente dois anos.

Todos os indivíduos avaliados na nossa mostra realizaram o teste genético. Consideramos que seria importante avaliar os indivíduos que decidiram pela não realização do teste genético, como também aqueles que tiveram resultado inconclusivo do teste. Esses dados nos permitiriam avançar no conhecimento do psiquismo do paciente submetido a teste genético, bem como no conhecimento geral do psiquismo humano.

Acreditamos que, com o presente estudo, pudemos contribuir com dados relevantes para esse conhecimento, ainda, infelizmente, tão incipiente.

## ***CONCLUSÕES***

---

## 7 CONCLUSÕES

- 1 Na comparação quanto aos mecanismos de defesa utilizados pelos dois grupos (teste genético positivo e negativo) verificamos que houve predomínio do uso do mecanismo de defesa humor para o grupo com teste positivo, ao mesmo tempo que para o grupo com teste negativo houve maior utilização dos mecanismos anulação e *acting-out*. Verificamos ainda que considerando os *scores* totais para cada tipo de mecanismos de defesa, diferenças mais específicas entre os grupos não puderam ser evidenciadas. Em relação ao *coping*, não observamos diferenças em relação ao padrão de uso para os grupos estudados. O *coping* não é um instrumento que possibilita uma pontuação fracionada, portanto não foi possível investigar diferenças específicas entre os diversos fatores avaliados.
- 2 Defesas maduras foram mais utilizadas no grupo com resultado positivo, o que se relaciona à possibilidade de elaboração adequada de uma situação que será então parte da vida do indivíduo, de forma definitiva. O grupo com teste negativo evidenciou o uso de defesas imaturas, relacionadas à culpa em relação aos demais, relacionadas ao desconforto que a situação por si traz e do estigma que dela pode advir; como resultado da possibilidade de lidar com o fato como algo do outro e não seu e pelo que deva ser grato.

- 3 A realização do teste genético pode ser considerada fonte geradora de conflitos, independentemente do resultado encontrado.
- 4 O aconselhamento genético pode levar a uma melhor compreensão e percepção dos riscos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achatz MIW, Olivier M, Le Calvez F, et al. The TP53 mutation, R337H, is associated with Li-Fraumeni and Li-Fraumeni-like syndromes in Brazilian families. **Cancer Lett** 2007; 245:96-102.

Achatz MIW. **Diagnóstico molecular da Síndrome de Li-Fraumeni em famílias brasileiras**. São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antonio Prudente].

Achatz MIW. **Modificadores de penetrância de mutações germinativas no gene TP53 em famílias brasileiras com diagnóstico clínico da Síndrome de Li-Fraumeni e Li-Fraumeni *like*: impacto dos polimorfismos intragênicos do TP53 e de genes que regulam a atividade da p53**. São Paulo; 2008. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Aguiar RW. **Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão**. Porto Alegre; 2008. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faculdade de Medicina de Porto Alegre].

Andrade M, Shirakawa I. Versão Brasileira do *Defense Style Questionnaire* (DSQ) de Michael Bond: problemas e soluções. **Rev Psiquiatr RS** 2006; 28:144-60.

Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. **J Nerv Ment Dis** 1993; 181:246-56.

Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos Psicol** 1998; 3:273-94.

Audrain J, Schwartz MD, Lerman C, et al. Psychological distress in women seeking genetic counseling for Breast-Ovarian cancer risk: the contributions of personality and appraisal. **Ann Behav Med** 1997; 19:370-7.

Birch JM, Alston RD, McNally RJQ, et al. relative frequency and morphology of cancers in carriers of germline TP53 mutations. **Oncogene** 2001; 20:4621-8.

Birch JM, Hartley AL, Tricker KJ, et al. Prevalence and diversity of constitutional mutations in the p53 gene among 21 Li-Fraumeni families. **Cancer Res** 1994; 54:1298-304.

Blaya C, Kipper L, Filho JBP, et al. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. **Rev Bras Psiquiatr** 2003; 5:67-80.

Blaya C. Kipper L, Heldt E, et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ – 40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Rev Bras Psiquiatr** 2004; 26:255-8.

Bond M. **Manual for the defense style questionnaire**. Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital. Department of Psychiatry. Montreal: Canada. 1991. [mimeographed by the author].

Bougeard G, Sesboüé R, Baert-Desurmont S, et al. Molecular basis of the Li Fraumeni syndrome: an update from the French LFS families. **J Med Genet** 2008; 45:535-8.

Chompret A, Abel A, Stoppa-Lyonnet D, et al. Sensitivity and predictive value of criteria for p53 germline mutation screening. **J Med Genet** 2001; 38:43-7.

[CNS] Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução 196/96.** Disponível em: <URL:www.ufrgs.br/bioetica/res19696htm> [2008 out. 16].

Cramer P. Coping and defense mechanisms: what's the difference? **J Personal** 1998; 66:919-46.

Dorval M, Patenaude AF, Schneider KA, et al. Anticipated versus actual emotional reactions to disclosure of results of genetic tests for cancer susceptibility: findings from p53 and BRCA1 testing programs. **J Clin Oncol** 2000; 18:2135-42.

Dougall AL, Smith AW, Somers TJ, et al. Coping with Genetic Testing for Breast Cancer Susceptibility. **Psychosom Med** 2009; 71:98-105.

Etchegary H, Perrier C. Information processing in the context of genetic risk: implications for genetic-risk communication. **J Genet Couns** 2007; 16:419-32.

Foster C, Watson M, Moynihan C, et al. Genetic testing for breast ovarian cancer predisposition: cancer burden and responsibility. **J Health Psychol** 2002; 7:469-84.

Freud A. **O ego e os mecanismos de defesa.** Porto Alegre: Artmed; 2006.

Freud S. Novas **Conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Editora; 1969. Um distúrbio de memória na Acrópole; p.289-303. (Vol. XXII 1932-6).

Hall MJ, Olopade OI. Disparities in genetic testing: thinking outside the BRCA Box. **J Clin Oncol** 2006; 24:2197-203.

Heshka JT, Palleschi C, Howley H, et al. A systematic review of perceived risks, psychological and behavioral impacts of genetic testing. **Genet Med** 2008; 10:19-32.

Jadoulle V, Rokbani L, Ogez D, et al. Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. **Bull Cancer** 2006; 93:E67-72.

Lalloo F, Varley J, Ellis D, et al. Prediction of pathogenic mutations in patients with early-onset breast cancer by family history. **Lancet** 2003; 361:1101-2.

Lander ES, Linton LM, Birren B, et al. Initial sequencing and analysis of the human genome. **Nature** 2001; 409:860-921. Erratum in: **Nature** 2001; 412:565. **Nature** 2001; 411:720. Szustakowki, J [corrected to Szustakowski, J].

Laplanche J, Pontalis J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. **Psychoso Med** 1993; 55:234-47.

Lerman C, Daly M, Masny A, et al. Attitudes about genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. **J Clin Oncol** 1994; 12:843-50.

Li FP, Fraumeni JF Jr, Mulvihill JJ, et al. A cancer family syndrome in twenty-four kindreds. **Cancer Res** 1988; 48:5358-62.

Malkin D, Li FP, Strong LC, Fraumeni JF Jr, et al. Germ line p53 mutations in a familial syndrome of breast cancer, sarcomas, and other neoplasms. **Science** 1990; 250:1233-8.

Marteau TM, Dormandy E. Facilitating informed choice in prenatal testing: how well are we doing? **Am J Med Genet** 2001; 106:185-90.

McGivern B, Everett J, Yager GG, et al. Family communication about positive BRCA1 and BRCA2 genetic test results. **Genet Med** 2004; 6:503-9.

Meiser B. Psychological impact of genetic testing for cancer susceptibility: an update of the literature. **Psycho-Oncol** 2005; 14:1060-74.

[NLM] U.S. National Library of Medicine. **Genetics home reference: genetic conditions: Li-Fraumeni Syndrome.** 2007. Available from: <URL:<http://ghr.nlm.nih.gov/condition=lifraumenisyndrome>> [15 nov 2008].

Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. **Clin Pract Epidemiol Ment Health** 2007; 3:2.

Peterson SK, Pentz RD, Blanco AM. Evaluation of a decision aid for families considering p53 genetic counseling and testing. **Genet Med** 2006; 8:226-33.

Peterson SK, Pentz RD, Marani SK, et al. Psychological functioning in persons considering genetic counseling and testing for Li-Fraumeni syndrome. **Psycho-Oncol** 2008; 17:783-89.

Posluszny DM, McFeeley S, Hall L, et al. Stress, breast cancer risk, and breast self-Examination: chronic effects of risk and worry. **Appl Biobehav Res** 2004; 9:91-105.

Prochazkova K, Foretova L, Sedlacek Z. A rare tumor and na ethical dilemma in a family with a germline TP53 mutation. **Cancer Genet Cytog** 2008; 180:65-9.

Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). **Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)** 1999; 26:57-67.

Speice J, McDaniel SH, Rowley PT, et al. Family issues in a psychoeducation group for women with a BRCA mutation. **Clin Genet** 2002; 62:121-7.

Stone JG, Eeles RA, Sodha N, et al. Analysis of Li-Fraumeni syndrome and Li-Fraumeni-like families for germline mutations in Bc110. **Cancer Lett** 1999; 147:181-5.

Trkova M, Hladikova M, Kasal P, et al. Is there anticipation in the age at onset of cancer in families with Li-Fraumeni syndrome? **J Hum Genet** 2002, 47:381-6.

Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **J Abn Psychol** 1994; 103:44-50.

Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. **Arch Gen Psychiatr** 1971; 24:107-18.

Van den Berg M, Timmermans DRM, ten Kate LP, et al. Informed decision making in the context of prenatal screening. **Pat Educ Counsel** 2006; 63:110-17.

Van Oostrom I, Meijers-Heijboer H, Duivenvoorden HJ, et al. Family system characteristics and psychological adjustment to cancer susceptibility genetic testing: a prospective study. **Clin Genet** 2007; 71:35-42.

Vargas FR. Aconselhamento genético no câncer hereditário, pré-teste e pós-teste. In: Louro ID, Llerena Jr JC, Melo MSV de, Prolla PA, Froes NC, editores. **Genética molecular do câncer**. São Paulo: MSG Produção Editorial; 2002. p.266-8.

Varley JM. Germline TP53 mutations and Li-Fraumeni syndrome. **Hum Mutat** 2003; 21: 313-20.

***ANEXOS***

---

**Anexo 1** - Pontuação no DSQ – 40 para pacientes com resultado positivo.

| Identificação do Paciente | Fator Maduro | Fator Neurótico | Fator Imaturo |
|---------------------------|--------------|-----------------|---------------|
| 03                        | 15           | 12.5            | 8.18          |
| 05                        | 12.2         | 8.5             | 5.81          |
| 07                        | 14.6         | 13.5            | 6.27          |
| 08                        | 13.4         | 12.25           | 5.09          |
| 11                        | 10.6         | 12              | 6.27          |
| 12                        | 9.2          | 10.25           | 6.18          |
| 15                        | 9.8          | 8.25            | 6.54          |
| 16                        | 10.4         | 7.75            | 5             |
| 17                        | 8.6          | 16.5            | 5.54          |
| 18                        | 10.8         | 9               | 8.54          |
| 24                        | 9.8          | 8               | 8             |
| 26                        | 13.2         | 11.25           | 5.27          |
| 27                        | 11.6         | 5.5             | 5.63          |
| 32                        | 8            | 7.25            | 4.54          |

**Anexo 2 - Pontuação no DSQ – 40 para pacientes com resultado negativo.**

| <b>NºRegistro Pacie.</b> | <b>Fator Maduro</b> | <b>Fator Neurótico</b> | <b>Fator Imaturo</b> |
|--------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|
| 01                       | 14                  | 10                     | 4.54                 |
| 02                       | 14.2                | 13.25                  | 7.45                 |
| 04                       | 11.6                | 13.5                   | 10.4                 |
| 06                       | 13.2                | 11                     | 9.72                 |
| 09                       | 10.6                | 7.25                   | 4.18                 |
| 10                       | 7.8                 | 10.25                  | 8                    |
| 13                       | 8.6                 | 12                     | 6.36                 |
| 14                       | 8.8                 | 6.75                   | 8.45                 |
| 19                       | 12                  | 9.5                    | 9                    |
| 20                       | 7.4                 | 6.5                    | 7.18                 |
| 21                       | 10.2                | 11.25                  | 9.27                 |
| 22                       | 11.6                | 12.75                  | 8.63                 |
| 23                       | 16.6                | 3.25                   | 4,54                 |
| 25                       | 14.2                | 9                      | 11.09                |
| 28                       | 15                  | 15.25                  | 7.09                 |
| 29                       | 13.2                | 11                     | 7.81                 |
| 30                       | 11.6                | 12                     | 7.81                 |
| 31                       | 10                  | 12.25                  | 7.18                 |
| 33                       | 9.8                 | 10.5                   | 9.27                 |
| 34                       | 5.8                 | 4.75                   | 4.36                 |
| 35                       | 8                   | 5.5                    | 4.18                 |

### Anexo 3 - Coping para os pacientes com teste positivo.

| Identificação do Paciente | Fator1           | Fator2             | Fator3             | Fator4             | Fator5           | Fator6                | Fator7             | Fator8             |
|---------------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| 03                        | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco      | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes |
| 05                        | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco      | algumas<br>vezes   | algumas<br>vezes   |
| 07                        | algumas<br>vezes | gde parte<br>vezes | gde parte<br>vezes | quase<br>sempre    | algumas<br>vezes | gde<br>parte<br>vezes | quase<br>sempre    | gde parte<br>vezes |
| 08                        | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco   | algumas<br>vezes | não<br>uti/pouco      | gde parte<br>vezes | algumas<br>vezes   |
| 11                        | não<br>uti/pouco | alguma<br>vezes    | gde parte<br>vezes | quase<br>sempre    | algumas<br>vezes | algumas<br>vezes      | gde parte<br>vezes | gde parte<br>vezes |
| 12                        | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco   | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco      | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes |
| 15                        | algumas<br>vezes | algumas<br>vezes   | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | algumas<br>vezes | algumas<br>vezes      | gde parte<br>vezes | gde parte<br>vezes |
| 16                        | algumas<br>vezes | algumas<br>vezes   | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco      | algumas<br>vezes   | não<br>uti/pouco   |
| 17                        | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes   | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | algumas<br>vezes | não<br>uti/pouco      | gde parte<br>vezes | quase<br>sempre    |
| 18                        | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco   | algumas<br>vezes   | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes      | não<br>uti/pouco   | algumas<br>vezes   |
| 24                        | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes   | algumas<br>vezes   | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes      | algumas<br>vezes   | Não<br>uti/pouco   |
| 26                        | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco      | quase<br>sempre    | algumas<br>vezes   |
| 27                        | algumas<br>vezes | gde parte<br>vezes | gde parte<br>vezes | quase<br>sempre    | algumas<br>vezes | algumas<br>vezes      | quase<br>sempre    | quase<br>sempre    |
| 32                        | não<br>uti/pouco | não<br>uti/pouco   | gde parte<br>vezes | não<br>uti/pouco   | não<br>uti/pouco | algumas<br>vezes      | não<br>uti/pouco   | algumas<br>vezes   |

#### Anexo 4 - Coping para os pacientes com resultado negativo.

| Identificação do Paciente | Fator1    | Fator2    | Fator3    | Fator4    | Fator5    | Fator6    | Fator7    | Fator8    |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 01                        | não       | não       | não       | algumas   | não       | não       | não       | algumas   |
| 02                        | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | vezes     |
|                           | não       | não       | algumas   | não       | não       | não       | quase     | gde       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | sempre    | parte     |
| 04                        | algumas   | algumas   | quase     | gde       | gde       | algumas   | quase     | gde       |
|                           | vezes     | vezes     | sempre    | parte     | parte     | vezes     | sempre    | parte     |
| 06                        | algumas   | gde       | quase     | algumas   | algumas   | não       | gde       | gde       |
|                           | vezes     | parte     | sempre    | vezes     | vezes     | uti/pouco | parte     | parte     |
|                           |           | vezes     |           |           |           |           | vezes     | vezes     |
| 09                        | não       |           | gde       | gde       | gde       | algumas   | gde       | gde       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | parte     | parte     | parte     | vezes     | parte     | parte     |
|                           |           |           | vezes     | vezes     | vezes     |           | vezes     | vezes     |
| 10                        | não       | não       | algumas   | gde       | algumas   | não       | gde       | não       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | parte     | vezes     | uti/pouco | parte     | uti/pouco |
|                           |           |           |           | vezes     |           |           | vezes     |           |
| 13                        | naõ       | não       | algumas   | gde       | algumas   | gde       | gde       | quase     |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | parte     | vezes     | parte     | parte     | sempre    |
|                           |           |           |           | vezes     |           | vezes     | vezes     |           |
| 14                        | algumas   | não       | algumas   | quase     | algumas   | gde       | algumas   | não       |
|                           | vezes     | uti/pouco | vezes     | sempre    | vezes     | parte     | vezes     | uti/pouco |
|                           |           |           |           |           |           | vezes     |           |           |
| 19                        | não       | algumas   | algumas   | algumas   | não       | quase     | algumas   | algumas   |
|                           | uti/pouco | vezes     | vezes     | vezes     | uti/pouco | sempre    | vezes     | vezes     |
| 20                        | algumas   | algumas   | quase     | gde       | algumas   | gde       | quase     | algumas   |
|                           | vezes     | vezes     | sempre    | parte     | vezes     | parte     | sempre    | vezes     |
|                           |           |           |           | vezes     |           | vezes     |           |           |
| 21                        | algumas   | não       | gde       | quase     | algumas   | quase     | algumas   | gde       |
|                           | vezes     | uti/pouco | parte     | sempre    | vezes     | sempre    | vezes     | parte     |
|                           |           |           | vezes     |           |           |           |           | vezes     |
| 22                        | não       | algumas   | gde       | algumas   | não       | algumas   | quase     | algumas   |
|                           | uti/pouco | vezes     | parte     | vezes     | uti/pouco | vezes     | sempre    | vezes     |
|                           |           |           | vezes     |           |           |           |           |           |
| 23                        | não       | não       | gde       | gde       | não       | não       | algumas   | algumas   |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | parte     | parte     | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | vezes     |
|                           |           |           | vezes     | vezes     |           |           |           |           |
| 25                        | não       | não       | algumas   | não       | não       | não       | não       | não       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco |
| 28                        | não       | não       | gde       | algumas   | não       | algumas   | algumas   | gde       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | parte     | vezes     | uti/pouco | vezes     | vezes     | parte     |
|                           |           |           | vezes     |           |           |           |           | vezes     |
| 29                        | não       | algumas   | algumas   | algumas   | não       | algumas   | algumas   | algumas   |
|                           | uti/pouco | vezes     | vezes     | vezes     | uti/pouco | vezes     | vezes     | vezes     |
| 30                        | algumas   | não       | gde       | gde       | algumas   | algumas   | quase     | algumas   |
|                           | vezes     | uti/pouco | parte     | parte     | vezes     | vezes     | sempre    | vezes     |
|                           |           |           | vezes     | vezes     |           |           |           |           |
| 31                        | não       | não       | não       | não       | não       | uti       | não       | não       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | algumas   | uti/pouco | uti/pouco |
|                           |           |           |           |           |           | vezes     |           |           |
| 33                        | não       | uti       | gde       | gde       | não       | não       | não       | algumas   |
|                           | uti/pouco | algumas   | parte     | parte     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | vezes     |
|                           |           | vezes     | vezes     | vezes     |           |           |           |           |
| 34                        | não       | não       | algumas   | não       | não       | não       | não       | não       |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco |
| 35                        | não       | não       | algumas   | algumas   | não       | não       | não       | algumas   |
|                           | uti/pouco | uti/pouco | vezes     | vezes     | uti/pouco | uti/pouco | uti/pouco | vezes     |

## **Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **Dados sobre o paciente:**

Nome:

Sexo:

Identidade:

Endereço:

Telefone:

#### **Dados sobre o estudo:**

Título: Aconselhamento Genético na Síndrome de Li-Fraumeni: O Impacto Psicológico

Pesquisadora: Christina Haas Tarabay

Departamento: Psiquiatria e Psicologia

Cargo: Psicóloga

O estudo tem como objetivo a avaliação da organização psíquica dos pacientes que realizaram teste genético para Síndrome de Li-Fraumeni. A Síndrome de Li-Fraumeni apresenta associação com uma grande variedade de tumores que ocorrem em idade precoce.

Com o presente estudo, espera-se um maior conhecimento dos aspectos psíquicos dos pacientes submetidos ao teste genético, podendo assim, proporcionar a esses pacientes uma avaliação adequada e um seguimento psicoterápico adequado.

Após contato inicial por telefone por parte da pesquisadora do presente estudo, e a partir da vontade voluntária do Sr.(a) de participarem do estudo, será enviado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo correio para ser assinado pelo Sr.(a). Será enviado também, um envelope selado para que o Sr.(a) devolva o TCLE ao pesquisador sem nenhum custo financeiro.

Quando o pesquisador receber o TCLE assinado, entrará em contato com o Sr. (a) por telefone para que possa ser respondido um questionário com seus dados pessoais, o *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) (Questionário de Estilo de Defesa), que é um instrumento que avalia os mecanismos de defesa (que “protegem” o indivíduo de idéias dolorosas) e o *Ways of Coping Inventory* (Inventário de Estratégias de *Coping*), que avalia como as pessoas lidam com situações estressantes.

A participação no presente estudo é voluntária, e o Sr.(a) tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem prejudicar seu tratamento ou seguimento.

A identidade dos (as) senhores (as) será preservada, e somente os membros da equipe médica e da Comissão de Ética terão acesso aos registros efetuados.

Qualquer dúvida sobre o estudo, o Sr. (a) poderá entrar em contato com a psicóloga Christina Haas Tarabay, no telefone 2189-5000 ramais 5141 ou 5130. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital A.C. Camargo – SP, pelo telefone 2189-5020.

Declaro que fui devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios do presente estudo e que posso a qualquer momento retirar meu consentimento informado sem prejudicar meu tratamento. Declaro também

que não receberei nenhuma remuneração financeira para este estudo, que minha identidade será preservada assim como todas as informações mantidas em caráter confidencial.

Assim sendo, concordo em participar deste estudo.

São Paulo,        de                        de

Assinatura e RG do paciente ou responsável.

Assinatura e carimbo do pesquisador

## Anexo 6 - Questionário para estilos de defesa DSQ - 40

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário é composto por 40 afirmativas, cada uma seguida de uma escala de pontuação:

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

Assinale o seu grau de concordância, ou discordância, em relação a cada afirmativa e circule o número de pontos, de 1 a 9, na linha abaixo da afirmativa.

Exemplo: Montreal é uma cidade do Canadá.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

Você escolheria o 9 e circularia o 9 na linha abaixo da afirmativa.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo totalmente

## Anexo 7 - Inventário de Estratégias de Coping

Inventário de Estratégias de *Coping*, original de Folkman & Lazarus (1985), adaptado por SAVOIA et al. (1996).

Nome \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação.

0 não usei essa estratégia

1 usei um pouco

2 usei bastante

3 usei em grande quantidade

- |                                                                                                   |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo                            | 0 1 2 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor                                              | 0 1 2 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair                                  | 0 1 2 3 |
| 4. Deixei o tempo passar_a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio | 0 1 2 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação                                                     | 0 1 2 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa | 0 1 2 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias                                   | 0 1 2 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação      | 0 1 2 3 |
| 9. Critiquei-me, repreendi-me                                                                     | 0 1 2 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções                 | 0 1 2 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse                                                            | 0 1 2 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino                                                   | 0 1 2 3 |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido                                                           | 0 1 2 3 |

|                                                                                |         |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos                    | 0 1 2 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação                                  | 0 1 2 3 |
| 16. Dormi mais que o normal                                                    | 0 1 2 3 |
| 17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema                    | 0 1 2 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas                             | 0 1 2 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem              | 0 1 2 3 |
| 20. Inspirou-me a fazer algo criativo                                          | 0 1 2 3 |
| 21. Procurei a situação desagradável                                           | 0 1 2 3 |
| 22. Procurei ajuda profissional                                                | 0 1 2 3 |
| 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva                        | 0 1 2 3 |
| 24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa               | 0 1 2 3 |
| 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos                          | 0 1 2 3 |
| 26. Fiz um plano de ação e o segui                                             | 0 1 2 3 |
| 27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado                         | 0 1 2 3 |
| 28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos                             | 0 1 2 3 |
| 29. Compreendi que o problema foi provocado por mim                            | 0 1 2 3 |
| 30. Saí da experiência melhor do que eu esperava                               | 0 1 2 3 |
| 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema  | 0 1 2 3 |
| 32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema                | 0 1 2 3 |
| 33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou          | 0 1 2 3 |
| 34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado                 | 0 1 2 3 |
| 35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso   | 0 1 2 3 |
| 36. Encontrei novas crenças                                                    | 0 1 2 3 |
| 37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos                   | 0 1 2 3 |
| 38. Redescobri o que é importante na vida                                      | 0 1 2 3 |
| 39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final         | 0 1 2 3 |
| 40. Procurei fugir das pessoas em geral                                        | 0 1 2 3 |
| 41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação | 0 1 2 3 |
| 42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos                          | 0 1 2 3 |
| 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação                  | 0 1 2 3 |
| 44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela        | 0 1 2 3 |

|                                                                                                          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo                                                       | 0 1 2 3 |
| 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria                                                         | 0 1 2 3 |
| 47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)                                                          | 0 1 2 3 |
| 48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar                                               | 0 1 2 3 |
| 49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário    | 0 1 2 3 |
| 50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo                                                    | 0 1 2 3 |
| 51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez                                    | 0 1 2 3 |
| 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema                                                | 0 1 2 3 |
| 53. Aceitei, nada poderia ser feito                                                                      | 0 1 2 3 |
| 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | 0 1 2 3 |
| 55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti                                      | 0 1 2 3 |
| 56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma                                             | 0 1 2 3 |
| 57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava          | 0 1 2 3 |
| 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse                                 | 0 1 2 3 |
| 59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam                             | 0 1 2 3 |
| 60. Rezei                                                                                                | 0 1 2 3 |
| 61. Preparei-me para o pior                                                                              | 0 1 2 3 |
| 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer                                                       | 0 1 2 3 |
| 63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo                                                | 0 1 2 3 |
| 64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa                                          | 0 1 2 3 |
| 65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores                                       | 0 1 2 3 |
| 66. Corri, ou fiz exercícios                                                                             | 0 1 2 3 |