

Marcela Fileti

**Análise do Comportamento de Eventos
Históricos em Mulheres com Câncer de Mama**

PUC-Campinas

2007

Marcela Fileti

Análise do Comportamento de Eventos Históricos em Mulheres com Câncer de Mama

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador (a): Dr^a Diana Tosello Laloni

PUC-Campinas

2007

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.994019 Fileti, Marcela

F481a Análise do comportamento de eventos históricos em mulheres com câncer de mama /
Marcela Fileti. - Campinas: PUC-Campinas, 2007.
xiii, 123p.

Orientadora: Diana Tosello Laloni.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Câncer – Aspectos psicológicos. 2. Mamas - Câncer. 3. Câncer - Prevenção.
4. Psicologia clínica da saúde. 5. Medicina e psicologia. I. Laloni, Diana Tosello. II.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

22 64 CDD 616.994019

Marcela Fileti

Análise do Comportamento de Eventos Históricos em Mulheres com Câncer de Mama

Banca Examinadora

Presidente Prof. Dr.(a).Diana Tosello Laloni

Prof. Dr.(a). Marilda Emmanuel Novaes Lipp

Prof. Dr.(a). Rosana Dias

PUC-Campinas

2007

*Dedico este trabalho a meus pais
Nilson e Maria José, que sempre
ajudaram a tornar os meus
planos e sonhos realidade e
nunca disseram que eu não
conseguiria.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que permitiu que eu realizasse esse trabalho com amor, prazer e alegria, o que resultou em meu amadurecimento profissional e pessoal.

Aos meus pais, que são meus ídolos em todos os sentidos e que me ensinaram com amor a coisa mais importante que poderiam: buscar sempre o conhecimento, a sabedoria, utilizando para isso ética, respeito e humildade.

Aos meus amigos Débora, David e Sylvia, que acrescentaram boas risadas a minha vida nos períodos de maior apreensão.

Aos meus tios e tias que sempre se interessaram por mim e torceram para que eu efetuasse esse trabalho.

À equipe do ambulatório de oncologia e à diretoria do hospital, que me permitiram realizar o estudo.

Às pacientes/participantes que colaboraram para a pesquisa e me ensinaram muito mais do que aprenderam e que permitiram que eu estudasse e buscasse melhorar como profissional da Psicologia e como pessoa.

À Profa. Dra. Diana Tosello Laloni pela orientação.

À Profa. Dra. Karina Magalhães Brásio, que com disposição e paciência, me ajudou com sugestões de leitura, metodologia e discussões a respeito da Análise do Comportamento, contribuições imprescindíveis a realização da pesquisa.

À Profa. Dra. Vera Lúcia A. Raposo do Amaral, que levou para suas aulas de Análise do Comportamento, discussões de assuntos importantes para meu amadurecimento profissional.

À Profa. Dra. Helena Bazanelli Prebianchi por suas aulas inesquecíveis ministradas ainda na graduação e seu incentivo para que eu ingressasse no curso de mestrado.

À Pontifícia Universidade Católica de Campinas, instituição na qual tive o prazer de me graduar e retornar para concluir a pós-graduação.

Aos meus colegas de classe, que compartilharam comigo os momentos de curiosidade, alegria, apreensão e êxito.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCC, pelas discussões valiosas que levaram para a sala de aula e pelo oferecimento de espaço para compartilharmos as diferentes opiniões.

Ao financiamento da CNPq que possibilitou meu ingresso nesse projeto.

SUMÁRIO

Lista de tabelas.....	viii
Lista de anexos.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Apresentação.....	xii
Introdução.....	01
<i>Câncer de mama: Aspectos biológicos.....</i>	<i>03</i>
<i>Câncer de mama: Aspectos psicológicos.....</i>	<i>07</i>
<i>Comportamento.....</i>	<i>13</i>
<i>Comportamento e Saúde.....</i>	<i>20</i>
Objetivos.....	23
Método.....	24
<i>Participantes.....</i>	<i>25</i>
<i>Material.....</i>	<i>26</i>
<i>Procedimento.....</i>	<i>28</i>
Resultados.....	31
<i>P1.....</i>	<i>31</i>
<i>P2.....</i>	<i>35</i>
<i>P3.....</i>	<i>44</i>
<i>P4.....</i>	<i>56</i>
Discussão.....	68
Conclusão.....	78
Referências.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características Demográficas.....	26
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante.....	87
ANEXO II - Consentimento Livre e Esclarecido para o Médico.....	88
ANEXO III - Roteiro de Dados de Identificação e da Doença.....	89
ANEXO IV - Roteiro de Entrevista Clínica para o Participante.....	91
ANEXO V – Roteiro de Entrevista para o Médico Oncologista.....	92
ANEXO VI - Carta de Ciência e Autorização da Instituição.....	93
ANEXO VII - Termo de Compromisso para a Utilização dos Dados do Prontuário.....	94
ANEXO VIII – P1 - Resumo da história de vida.....	95
Resumo da história da doença.....	97
ANEXO IX – P2 - Resumo da história de vida.....	98
Resumo da história da doença.....	101
ANEXO X – P3 - Resumo da história de vida.....	102
Resumo da história da doença.....	104
ANEXO XI – P4 - Resumo da história de vida.....	105
Resumo da história da doença.....	107

Fileti, M. (2007). *Análise do Comportamento de Eventos Históricos em Mulheres com Câncer de Mama*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas/SP, xiii + 108

RESUMO

O câncer figura entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo. O tipo mais comum a provocar mortes em mulheres é o câncer de mama. Esta pesquisa objetivou analisar as prováveis contingências a que pessoas portadoras de câncer de mama estiveram expostas antes do início da doença, a fim de compreender a relação entre o comportamento e o desenvolvimento do câncer. Participaram do estudo 4 mulheres com diagnóstico primário de neoplasia maligna de mama, sem história da doença na família (mãe e/ou irmã), com idade entre 40 e 51 anos, com filhos, que encontravam-se em acompanhamento médico em um ambulatório de oncologia de um hospital geral. A abordagem teórica selecionada foi a Análise do Comportamento, baseada na filosofia do Behaviorismo Radical. Por meio dos dados obtidos pelos relatos das participantes durante a entrevista clínica, fez-se a análise dos comportamentos que se mostraram relevantes na época anterior ao início da doença, que variou de 4 a 8 anos dependendo do diagnóstico médico para cada participante. Os resultados indicaram um padrão comportamental comum de presença de auto-regras rígidas reforçadas socialmente, comportamentos mantidos por reforçamento negativo, falta de repertório para identificação de comportamentos encobertos e as conseqüências aversivas desses comportamentos, ausência de autoconhecimento. A exposição aos eventos aversivos e o baixo repertório de comportamentos de fuga sugerem um pobre repertório para lidar com eventos aversivos de vida, o que colaboraria para a vulnerabilidade do organismo e possível desenvolvimento da neoplasia. Os resultados permitem sugerir que padrões comportamentais possivelmente relacionam-se com o desenvolvimento de doenças como o câncer de mama. Outras pesquisas na área da Análise do Comportamento relacionando contingências e doenças devem ser conduzidas.

Palavras-chave: análise comportamental; câncer de mama; prevenção; eventos de vida; psicologia hospitalar.

Fileti, M. (2007). *Behavior's Analysis of History Events in Women with Breast Cancer*. Master Dissertation, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas/SP, xiii + 108

ABSTRACT

Cancer is among the most important causes of death in Brazil and around the world. The most common type to origin death in women is the breast cancer. This study intended to analyze the possible contingences that people with breast cancer were exposed before the beginning of the disease in order to understand the relationship between the behavior and development of cancer. Participated of this study four women with primary diagnosis of breast neoplasm, without history breast cancer in their family (mother and/or sister), age between 40 and 51, that have had children and with medical following in an Oncology's Ambulatory of a general hospital. The theory selected was the Behavior Analysis, based on Radical Behaviorism Philosophy. Considering the data obtained by the relates of the participants during the clinical interview, it was done the analysis of behaviors that presented relevant in previous period of the disease establishment, that had variation of 4 to 8 years depending on the medical diagnosis to each participant. The results indicated that there is a common behavior style of social reinforce strong rules, behaviors maintained by negative reinforcement, lack of repertory to identify the uncovered behaviors and their aversive consequences and absence of self-knowledge. The exposition on aversive events and the reduced repertory of escape's behavior suggest a poor repertory in order to work with aversive life events, that would contribute to an organism's vulnerability and possible development of neoplasm. The results may suggest that behavioral standard maybe have link with the development of diseases like the breast cancer. Other surveys in Analysis of Behavior area relating contingences and diseases must be conduced.

Key words: Behavior Analysis, breast cancer, prevention, life events and hospital psychology.

APRESENTAÇÃO

Hoje, com os avanços da ciência, a expectativa de vida do homem tem aumentado. No entanto, no decorrer dos anos, as doenças infecciosas deram lugar às doenças cardiovasculares e ao câncer, em que fatores comportamentais podem aparecer em sua etiologia. Por isso são chamadas doenças de *estilo de vida* (Kerbauy, 1998).

O câncer acarreta a morte se não tratado devidamente e a tempo. A terapêutica disponível atualmente é demorada e dolorosa e, muitas vezes, inclui a presença de efeitos colaterais, fatores que dificultam a adesão do paciente ao tratamento e prejudicam sua qualidade de vida.

O interesse pelo tema se deveu ao trabalho de intervenção psicológica realizado pela pesquisadora em um ambulatório de oncologia de um hospital geral particular, situado em uma cidade do interior paulista.

Este estudo teve como objetivo possibilitar a compreensão do comportamento do paciente com câncer e a relação entre o comportamento e o desenvolvimento da doença, a fim de subsidiar futuras intervenções psicológicas de caráter preventivo. A abordagem teórica selecionada para a realização deste estudo foi a Análise do Comportamento, embasada na filosofia do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner.

A hipótese que originou a pesquisa foi a de que poderia haver contingências comuns às mulheres portadoras de câncer de mama na época do início da doença.

Trata-se de um trabalho original dentro da Análise do Comportamento, em que uma doença como o câncer é relacionada a contingências anteriores ao seu desenvolvimento.

Pretendeu-se que os resultados desta pesquisa contribuíssem científica e socialmente para programas de prevenção e intervenção psicológica em pacientes com câncer de mama para prevenção de recidiva.

Em primeiro lugar, apresentou-se a introdução teórica sobre câncer em geral e câncer de mama, considerando-se os aspectos biológicos e psicológicos da doença. Foram citados outros estudos realizados em que os autores descreveram a relação entre comportamento e câncer. A seguir,

realizou-se uma breve descrição dos conceitos da Análise do Comportamento e a relação: comportamento e saúde.

Nas etapas seguintes do trabalho, estão os objetivos e o método. No item resultados, cada participante foi analisada separadamente, levando-se em conta as classes de comportamento selecionadas e as contingências que estavam em vigor alguns anos antes do início do tumor.

Na discussão, foram abordadas as classes de comportamentos comuns a todas as participantes, buscando-se uma regularidade. Além disso, foram apresentados outros estudos de abordagens teóricas diferentes que tenham encontrado resultados semelhantes a este.

A conclusão encerra o trabalho relacionando os resultados obtidos com os objetivos, confrontando os resultados com a hipótese que originou a pesquisa.

INTRODUÇÃO

O câncer não é apenas uma doença traiçoeira, mas também é democrática. Ataca sem preconceito de idade, raça, sexo, religião, classe social, sendo este também um de seus aspectos mais perversos, principalmente quando atinge crianças e jovens saudáveis.

Barbosa (2003, p. 17)

Durante o ciclo de desenvolvimento normal do ser humano, as células dos diversos órgãos do corpo estão constantemente se reproduzindo, isto é, uma célula adulta divide-se em duas, e por este processo, chamado mitose, há o crescimento e a renovação das células durante os anos. A mitose é realizada controladamente dentro das necessidades do organismo, porém, em determinadas ocasiões e por razões ainda desconhecidas, certas células reproduzem-se com uma velocidade maior (Carvalho, 2003; Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2005) e seus genes alteram sua função. Se um gene responsável pela proliferação celular é modificado, ele se torna um *oncogene*. Essa mutação é a base de todo câncer (neoplasia ou doença oncológica), caracterizado pela reprodução anormal das células (Hackel, 2002). Quando estas células diferenciadas se desenvolvem em outras partes do corpo, dá origem às metástases (INCA, 2005).

A mais antiga evidência de câncer refere-se ao ano 8000 a.C. O tipo mais comum de neoplasia encontrada em fósseis foi o osteossarcoma, um câncer ósseo (Hackel, 2002). Apesar da doença ser tão antiga, o tratamento para estaneoplasia maligna, que engloba cerca de duzentas doenças, foi descoberto somente no final do século XX (Ferrari & Hezberg, s.d).

A oncologia é a ciência que estuda o câncer, como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento (Carvalho, 2003).

Segundo Kligerman (2000), a partir de 1960 as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. O câncer é a

terceira maior causa de morte por doença entre os brasileiros, representando 11,84% do total de óbitos registrados no País. Muitos fatores têm contribuído para isso, merecendo destaque o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde, que propiciam a exposição contínua a fatores ambientais, e mudanças de comportamento responsáveis pela carcinogênese.

Barbosa (2003) ressaltou que no Brasil, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), são mais de um milhão de novos casos por ano, sendo que muitos não são registrados devido a subnotificação, ou seja, não há registros nos atestados de óbitos de pessoas residentes em remotos lugares que falecem vítimas de neoplasia maligna.

O principal câncer a acometer a população brasileira é o de pele, com aproximadamente 62 mil casos/ano, seguido por câncer de mama, com 36 mil/ano. No ano 2000, o câncer de mama foi o tipo responsável por maior índice de morte por câncer entre as mulheres (10,25/100 mil) (Kligerman, 2002).

Câncer de Mama: Aspectos Biológicos

Em geral, os cânceres parecem originar-se de células levemente anormais, descendentes de um ancestral mutante, evoluindo a cada geração com sucessivas mutações que passam pelo processo de seleção natural. Este processo pode levar muitos anos, sendo que as pessoas podem vir a falecer por outras doenças antes que o câncer tenha tempo para se desenvolver. Para ajudar a entender a causa do câncer, é fundamental compreender os fatores que podem aumentar a velocidade deste processo (Alberts et al, 1997).

O câncer pode originar-se de uma série de estímulos de natureza viral, química ou física, geralmente com um tempo de latência – período entre o estímulo desencadeador e o início da doença – em que as células cancerosas permanecem aquiescentes por longo período (Rubin, 1977).

Para se detectar um câncer e seu prognóstico, é necessário que se leve em conta o número de mitoses (reprodução celular) que ocorrem nas células do tumor em relação ao tempo, ou seja, quanto mais rapidamente se multiplicam as células, mais veloz é o desenvolvimento do tumor e pior o prognóstico. As características invasoras ou infiltrativas também são importantes para se detectar o prognóstico da doença. O câncer de mama possui crescimento expansivo, não infiltrando em outros tecidos peritumorais. Assim, tem desenvolvimento um pouco mais lento do que em certos órgãos. Dependendo do volume e da localização topográfica, a velocidade de progressão da doença se altera e o prognóstico pode ser mais ou menos favorável. Quanto maior o volume do tumor, pior o prognóstico. Em cada tipo de órgão/tecido, a evolução tumoral é diferente (Rubin, 1977).

Segundo o mesmo autor, os fatores imunológicos do indivíduo são importantes no controle da velocidade das transformações neoplásicas. Seu estado físico e mental também colabora para o desenvolvimento da doença, na medida em que quanto mais doenças físicas/mentais associadas, mais rapidamente se desenvolve o tumor.

Portanto, com base em experiência clínica de especialistas, ao se obter uma avaliação atual da doença, considerando os aspectos citados que variam

de pessoa para pessoa, pode-se fazer um cálculo (em termos de anos) aproximado da provável época do início do desenvolvimento do tumor.

Neme (2005) encontrou em revisão bibliográfica relacionada a stress e doenças, que havia necessidade de se averiguar a história de eventos de stress no período de dois anos antes dos sintomas e de dez anos no caso de câncer.

O câncer de mama geralmente se apresenta como um nódulo na mama. As primeiras metástases (migração da doença para outros órgãos/tecidos) comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas. Os ossos, o fígado, os pulmões e o cérebro são outros órgãos que podem apresentar metástases de câncer de mama. Calcula-se em seis a oito anos o período necessário para que um nódulo atinja um centímetro de diâmetro. Esta lenta evolução possibilita a descoberta ainda precoce destas lesões, se as mamas forem periodicamente examinadas (INCA, 2005).

O câncer de mama ocorre com maior freqüência em mulheres do que em homens, com proporção de cem casos femininos para um masculino. Nas mulheres a doença é mais freqüentemente descoberta entre os 40 e os 60 anos (Paiva et al., 2002; INCA, 2005).

Qualquer mulher pode vir a ter câncer de mama. Entretanto, há determinados grupos de mulheres com maiores possibilidades de desenvolverem a doença. Elas têm em comum certas características denominadas *fatores de risco*, ou seja, condições favoráveis ao desenvolvimento da doença, mas não obrigatoriamente terão o câncer de mama; apenas há maior probabilidade de tê-lo quando comparadas à população feminina em geral (INCA, 2005).

As características reprodutivas associadas a um maior risco de câncer de mama incluem menarca precoce (primeira menstruação antes dos 11 anos), menopausa tardia (última menstruação após os 55 anos), idade do primeiro parto após os 30 anos e nuliparidade (nenhuma gestação). O fator de risco mais aceito na comunidade científica é o genético ou familiar. Mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama apresentam duas a três vezes mais risco. Se ambas (mãe e irmã) tiverem a doença, o risco aumenta ainda mais, especialmente se a doença delas tiver ocorrido antes da menopausa. As mulheres que já apresentaram câncer em uma das mamas

têm maior probabilidade de vir a desenvolver a doença na outra mama, já que todos os fatores determinantes genéticos, hormonais, etc., permanecem presentes (INCA, 2005).

Welm (2003), em uma revisão de estudos, constatou que a gravidez antes dos 19 anos é um fator de risco para o câncer de mama. Este dado pode pôr em questão se um método para prevenir gravidez com tratamento hormonal, por exemplo, reduzirá o risco de câncer de mama no decorrer da vida.

Em um estudo realizado por Paiva et al. (2002) não foram encontradas diferenças significativas de prevalência de câncer de mama relativas à raça, mas o fato da pessoa residir na zona rural pareceu ser um fator de risco, possivelmente por estar mais exposta a produtos químicos (inseticidas) ou dispor de menor acesso a médicos.

A avaliação do tamanho da lesão, da margem ao redor do tumor (se acometida ou não) e da variedade histopatológica do tumor são importantes para se determinar o tipo de intervenção. Levam-se em conta também as características de imagem mamográfica e as condições da paciente, inclusive o seu acesso ao tratamento, bem como sua vontade de preservar a mama, no caso de uma cirurgia (Kligerman, 2001).

A Mastectomia é a retirada da mama comprometida, juntamente com os linfonodos regionais (gânglios linfáticos da axila próxima à mama afetada). É considerada o tratamento clássico para o câncer de mama. Em alguns casos, pode-se fazer apenas a retirada do quadrante da mama na qual se localiza o tumor, juntamente com o esvaziamento cirúrgico da axila do mesmo lado. Com isso, obtêm-se bons resultados em termos de sobrevida, além de melhor efeito estético, já que o órgão é preservado (INCA, 2005).

Segundo o INCA (2005), outros tipos de tratamento podem ser associados ou não ao cirúrgico, dependendo de cada caso. São eles:

Quimioterapia: é um método que utiliza mais de trinta tipos de compostos químicos, os quais atuam diminuindo a multiplicação celular e, conseqüentemente, a expansão dos tumores. Os agentes quimioterápicos bloqueiam alguns processos metabólicos comuns ao tumor e aos tecidos sadios. São os tecidos do corpo com maiores índices de renovação, como a medula óssea, couro cabeludo, pele e mucosas, que acabam sendo mais

afetados pela medicação. Por isso, durante este tipo de tratamento, efeitos colaterais podem ocorrer, variando em frequência e intensidade de pessoa para pessoa. Os mais comuns são: anemia, fadiga, suscetibilidade a infecções (leucopenia), lesões orais (mucosite), náuseas e vômitos, diarreia e alopecia (queda de cabelo). Alguns desses efeitos são transitórios, ocorrendo apenas por alguns dias após a aplicação da quimioterapia; outros podem durar um pouco mais ou, às vezes, durante todo o processo quimioterápico, mas todos eles cessam ao término deste tratamento (Carvalho, 2003; Ferrari & Herzberg, s.d.).

Radioterapia: é capaz de destruir as células tumorais através de radiações ionizantes. Atua local ou regionalmente, podendo ser indicada de forma exclusiva ou associada a outros métodos terapêuticos (INCA, 2005). Trata-se de um método indolor, porém delicado, já que pode ocorrer maior sensibilidade do local da aplicação (Haagedoorn, Oldhoff, Bender, Clarke & Sleijfer, 2000).

Hormonioterapia: consiste na utilização de hormônios que impedem o crescimento das células tumorais (INCA, 2005).

Imunoterapia: é a utilização de substâncias que aumentam a resposta do sistema imunológico do organismo contra as células cancerosas (Carvalho, 2003).

Segundo Kligerman (2002), terminado o tratamento, há necessidade de acompanhamento ambulatorial por aproximadamente cinco anos, como forma de prevenção de recidiva.

Câncer de Mama: Aspectos Psicológicos

Nada transforma tanto o homem quanto a constatação de que seu fim está perto... O diagnóstico de uma doença fatal é um divisor de águas que altera radicalmente o significado do que nos cerca: relações afetivas, desejos, objetivos, fantasias e mesmo a paisagem.

Varella (2004, p. 9)

Até 1900 a relação entre câncer e fatores psicológicos havia sido comumente aceita nos círculos médicos. Sem os instrumentos e exames apurados de hoje, os médicos precisavam *escutar* seus pacientes para entenderem o que estava acontecendo. Concluíram que os fatores emocionais ligados às grandes perdas e à desesperança ocorriam antes mesmo dos primeiros sinais da doença. Médicos e pesquisadores respeitados da época como Gendron, em 1759, Wayson, em 1871, Parker, em 1885, e Walshe, em 1846, compartilhavam desta opinião (Leshan, 1989/1992).

De 1900 até mais ou menos 1950, esta visão de câncer ligado aos fatores psicológicos foi perdendo a força, passando a ser encarada como uma doença física, visto que, na década de 1950, houve a melhoria das técnicas de cirurgia e o surgimento da radiação como tratamento. Além disso, a Psiquiatria era apenas descritiva, sem técnicas para lidar com o fato de que a história de vida exercia influência no desenvolvimento da doença (Leshan, 1989/1992).

O interesse pela investigação das relações entre fatores psicossociais e a incidência, evolução e remissão do câncer se intensificou principalmente nas duas últimas décadas do século XX, quando fatores de personalidade, estilo de vida e padrões de comportamento foram relacionados ao câncer (Carvalho, 2003).

De acordo com Carlson (2002), as reações emocionais de um indivíduo diante de estímulos aversivos podem prejudicar sua saúde. A reação ao estresse, denominada por Cannon em 1927 de *resposta de fuga ou luta*, é válida a curto prazo diante de estímulos ameaçadores, mas é prejudicial a longo prazo. Esta resposta inclui um aumento das atividades das fibras

simpáticas do sistema nervoso autônomo e um aumento da secreção de hormônios pela glândula adrenal: epinefrina, norepinefrina e glicocorticóides. A exposição prolongada a estes hormônios pode causar aumento da pressão arterial, danificar o tecido muscular, provocar infertilidade, inibir o crescimento, inibir a resposta inflamatória, danificar o hipocampo e suprimir o sistema imunizador.

Esse autor afirmou ainda que os danos causados pelo *estresse* vêm da resposta do indivíduo diante dele; assim, as diferenças de padrões de comportamento podem alterar os efeitos das *situações estressantes*. A hereditariedade também determina a resposta dos indivíduos diante do *estresse*. A capacidade de realizar uma resposta de controle reduz os efeitos das *situações estressantes*, que, por sua vez, induzem a liberação de benzodiazepínicos por neurônios cerebrais, que ajudam na proteção do organismo.

Segundo Laloni (2006), o ser humano é capaz de adaptar-se ao meio desfavorável, mas essa adaptação não ocorre impunemente. Doenças como úlceras digestivas, alterações dispépticas, crises hemorroidárias, alterações de pressão arterial, do aparelho gastrointestinal, afecções dermatológicas, e metabólicas, alergias, artrites reumatóides, reumatismo, perturbações sexuais, comprometimento do sistema imunológico, alterações tiroidianas, são encontradas em organismos onde se notou um esforço de adaptação.

O *estresse*, segundo Wayner, Cox e Mackay (*apud* Carvalho, 2003), favorece o desenvolvimento do câncer, pois expõe o indivíduo a um *carcinógeno* que pode desencadear a propensão genética para a doença. O *estresse* também aumenta comportamentos como o de fumar, o de ingerir álcool e o de usar drogas, como estratégias para lidar com ele, além de bloquear células imunológicas necessárias para combater infecções.

A vulnerabilidade biológica refere-se à interação de condições orgânicas que aumentam o risco de o indivíduo desenvolver uma doença crônica, ou ajuda na presença de certos fatores desencadeadores. A associação de comportamentos de risco (que direta ou indiretamente aumentam a probabilidade de um indivíduo contrair uma doença) e elevado grau de vulnerabilidade biológica conduz com certeza a uma patologia biológica (Scott, 1994; Miyazaki & Amaral, 1998).

Algumas condições que afetam a vulnerabilidade são produto de práticas inadequadas, como por exemplo, a ausência de anticorpos por não receber vacinação. Outras vulnerabilidades são aquelas provenientes de alterações genéticas ou congênitas, as contingências nesses casos podem ser identificadas na história remota desse organismo. No entanto há vulnerabilidade produzida diretamente pelo comportamento, pois as formas particulares que um indivíduo se relaciona com seu ambiente favorecem alterações orgânicas específicas, como o aumento da tensão arterial ou o aumento da secreção gástrica, entre outros (Laloni, 2006).

Cerqueira (2000) afirmou que o enfrentamento inicia-se por um processo de avaliação das situações aversivas, ameaçadoras ou desafiadoras. Posteriormente, o indivíduo julga seus recursos e habilidades para lidar com o problema, para finalmente decidir se tem ou não condições de enfrentar a circunstância estressante.

Para a mesma autora, a estratégia de enfrentamento é adequada quando “permite ao indivíduo dominar ou diminuir o impacto da situação sobre o seu bem-estar físico e psicológico” (p. 283). As estratégias são mutáveis, não existindo uma maneira eficiente de se comportar e ser selecionada, porque a eficácia sempre depende da *contingência* e das características pessoais do indivíduo.

Grassi, Rossi, Sabato, Cruciani e Zambelli (2004) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a aplicação do DCPR (Critério Diagnóstico para Investigação Psicossomática) em pacientes com câncer de mama e sua associação com estilo de enfrentamento e dimensões físicas e psicológicas da qualidade de vida. As pacientes estavam em diferentes fases da doença e do tratamento, e as características demográficas não eram homogêneas. Os aspectos predominantes foram: ansiedade em relação à saúde, sentimento de desmoralização e dificuldades de expressão de sentimentos, presentes em dois terços das pacientes avaliadas. Concluiu-se que talvez estes aspectos presentes no estilo e enfrentamento das pacientes tivessem colaborado para o aparecimento da doença.

Iwamitsu et al. (2003) sugeriram que pacientes com câncer de mama que não expressam suas emoções negativas foram consideradas mais ansiosas, deprimidas e confusas após o diagnóstico e durante o tratamento.

Essas pacientes, em geral, lidaram com as situações estressantes da vida inibindo suas emoções. A expressão de sentimentos, segundo Walker et al. (1999), pode reduzir os pensamentos intrusivos e as estratégias de evitação, que teoricamente têm implicações negativas para a saúde física e mental.

Em outra pesquisa, realizada por Ramirez, Craig e Watson (1989), com mulheres com câncer de mama e grupo de controle, obteve-se como resultado que eventos de grande adversidade, como a perda de um ente querido ou divórcio, estavam associados à recidiva da doença. Eventos aversivos, porém, de pouca intensidade, como uma cirurgia de rotina ou um acidente de trânsito, não pareceram estar associados à recidiva do câncer.

Leshan (1989/1992), a partir de experiência clínica, observou que a maioria das pessoas com câncer que entrevistou havia perdido a esperança de algum dia ter uma vida satisfatória, com uma razão de ser. A ausência de esperança poderia surgir da incapacidade de se relacionar e de expressar o que queria. Ele também verificou haver maior probabilidade de câncer em pessoas viúvas, independentemente da idade, quando o casamento era o foco central de suas vidas. Para os homens, com frequência, a doença ocorria após a aposentadoria. Nos casais sem filhos, o índice de mortalidade por câncer também era expressivo.

Scott (1994) constatou em seus estudos que parecem existir certos indivíduos mais vulneráveis a problemas psicológicos. Assinalou que os pacientes com câncer, por exemplo, teriam déficits na capacidade de adaptação a novas situações, utilizando-se de estratégias menos efetivas na solução de problemas, sendo pouco capazes de gerar estratégias alternativas.

Liliberg, Verkasalo, Kaprio, Helenius e Koskenyö (2002) realizaram um estudo longitudinal com mulheres que responderam a testes de personalidade em 1975 e em 1981 e foram retestadas em 1996, selecionando aquelas que haviam desenvolvido câncer de mama. O estudo foi realizado com a finalidade de identificar se existia ou não um tipo característico de personalidade particular às pessoas que desenvolvem essa doença. Basearam-se em algumas teorias para a investigação, como a do tipo A de Personalidade, desenvolvida por Rosenman em 1954. A Personalidade Tipo A é descrita como um conjunto complexo ação-emoção, envolvendo disposições comportamentais como ambigüidade, agressividade, impaciência, competição,

envolvimento em várias tarefas ao mesmo tempo; comportamentos específicos como tensão muscular, vivacidade, estilística vocal rápida e enfática e ritmo acelerado de atividades; além de respostas emocionais como irritação, hostilidade, insatisfação constante e potencial crescente para a raiva, adicionados a crenças e atitudes que geram medo, necessidade de manter o controle e produtividade do meio ambiente, é o tipo de personalidade característico das doenças coronarianas (Rosenman, 1990). Estes autores examinaram também como características separadas a extroversão e hostilidade. Entretanto não foram encontradas evidências de relação destes aspectos e aumento do risco de câncer de mama, nem qualquer dado sobre um tipo de característica de personalidade comum a estas pacientes. Assim, o estudo indicou que parece não haver uma predisposição no que diz respeito ao estilo de funcionamento do indivíduo.

Há autores que assinalaram a relação do câncer a certo tipo de personalidade, como, por exemplo, Temoshok (1987) e Temoshok e Dreher (1992), que apontaram as pessoas com Personalidade do Tipo C com perfil favorável ao aparecimento da doença. Características como negar as experiências traumáticas, não ter crises de raiva, demonstrar amabilidade excessiva (e às vezes contrariada), ter dificuldades em reconhecer os conflitos, aparência relaxada, apresentar comportamento forçosamente harmonioso, dificuldades na auto-afirmação, desesperança, paciência desmedida (às vezes dissimulada), racionalidade contundente, inassertividade, pessoas que se focam nos outros e se esquecem de si mesmas, ter um rígido controle da expressão emocional e geralmente indivíduos que tiveram infância marcada por história de abandono, isolamento e fortes sentimentos de perda teriam relação com o câncer. Os pesquisadores consideraram, para a personalidade tipo C, que o uso excessivo da negação e da repressão e a dissimulação dos sentimentos são importantes fatores ligados ao desenvolvimento tumoral. Para essa forma e estilo de reagir à vida, os estressores psicossociais estariam associados à diminuição da imunocompetência orgânica e, em consequência dessa alteração, ao desenvolvimento do câncer.

LeShan (1989/1992) afirmou que, freqüentemente, pacientes com câncer tiveram desamparo, isolamento e negligência durante a juventude e

relações interpessoais com características difíceis. Na vida adulta, conseguiram estabelecer um relacionamento significativo com alguém ou encontraram grande satisfação no trabalho, sendo esta pessoa ou o trabalho fonte de grande prazer. Se a pessoa ou o trabalho era perdido, havia uma reação de desamparo semelhante à vivida na juventude.

O aspecto comum entre as teorias que afirmam haver uma personalidade ou um funcionamento comum aos pacientes com câncer foca a dificuldade de expressão de sentimentos, mas são contraditórias com relação a outras características presentes. A *expressão de sentimentos* é a “abertura” de pensamentos e sentimentos a respeito de um evento ou experiência vivida (Walker, Nail & Crayle, 1999).

A despeito das pesquisas relacionadas anteriormente, cabe ressaltar que “pensamentos e sentimentos não promovem nem curam câncer” (Leshan, 1989/1992, p. 13).

Comportamento

O organismo é um todo estruturado com base em sua herança e experiência individual em um meio que lhe é característico.

Miyazaki e Amaral (1998, p. 238)

De acordo com Skinner (1989/1991), três tipos de seleção explicam os amplos repertórios de comportamento característicos da espécie humana. São eles: a seleção natural, o condicionamento operante (adquirido por aprendizagem) e a evolução das contingências sociais do comportamento, chamadas de culturas. A afirmação de Sidman (1989/2003) de que a associação de influências hereditárias, biológicas, de pessoas e de lugares modela tudo que um indivíduo faz colabora com esta visão.

O comportamento foi definido por Skinner (1953/2003) como parte do funcionamento de um organismo envolvido em agir sobre, ou em interação com o mundo externo, sendo que o mundo externo é tudo o que não faz parte do próprio comportamento, da ação, e não necessariamente o que está “fora da pele” do organismo. Quando se diz que o comportamento é fruto do ambiente, significa que qualquer evento no universo pode afetar o organismo, sendo que parte do universo está dentro da pele do indivíduo.

Matos (1999b) descreveu o comportamento como uma função biológica do organismo, sendo parte de seu funcionamento, ou seja, é o desempenho do organismo no seu processo de adaptação ao ambiente. Comportamento é uma classe de eventos e ações que representam as interações organismo-ambiente. Portanto, cabe ao analista de comportamento estudar contingências em seu efeito cumulativo sobre o desempenho dos organismos.

Skinner, em 1938, introduziu o conceito de *contingência*, em que três aspectos são importantes: a ocasião em que ocorreu a resposta (comportamento), a própria resposta e as conseqüências reforçadoras (Costa & Marinho, 2002; Costa, Luzia & Sant’anna, 2003).

Para Costa, Luzia e Sant’anna (2003), ao analisar a ocasião em que a resposta ocorre (antecedentes – com proximidade temporal do comportamento), deve-se verificar se existem estímulos eliciadores (no caso

de comportamentos reflexos), estímulos discriminativos (para os comportamentos operantes), operações estabelecedoras (antecedentes que alteram o valor do reforçador, como saciação, privação, etc), regras, auto-regras (regras formuladas pelo indivíduo), eventos encobertos (sentimento, pensamentos, regras e auto-regras que geralmente não podem ser considerados antecedentes, porque não participam da determinação da resposta) e a história de vida (que não pode ser considerada a ocasião em que a resposta ocorre, pois ela simplesmente ajuda a determinar como o indivíduo agirá de acordo com sua aprendizagem e esquemas de reforço). Variáveis históricas são importantes se levam à identificação de variáveis contemporâneas que afetam o comportamento e são controláveis.

Skinner (1974) afirmou que “as contingências de sobrevivência não podem produzir comportamento útil se o meio mudar substancialmente a cada geração, mas certos mecanismos evoluíram por meio dos quais o indivíduo adquire comportamento apropriado a um novo ambiente durante seu tempo de vida” (p. 37). O condicionamento respondente é um exemplo disso. Nesse tipo de condicionamento, a resposta é eliciada por estímulos específicos e a previsão de sua ocorrência é precisa. Muitas respostas reflexas são executadas pelos músculos lisos, glândulas e relacionam-se aos comportamentos reflexos emocionais.

Confirme Skinner (1953/2003) “emoções servem para classificar o comportamento em relação a várias circunstâncias que afetam sua probabilidade” (p. 178). Ele afirmou também que “uma condição emocional crônica às vezes leva a certa forma de doença” (p. 184) Por exemplo, um homem com problemas nos negócios pode vir a ter situações de frustração e ansiedade crônicas. Parte da emoção pode constituir-se de respostas reflexas do trato alimentar, o que o tornaria fisicamente doente, causando uma úlcera por exemplo.

De acordo com Rose (1999a), “é a relação de uma classe de respostas com uma consequência comum, e o fato de esta consequência levar, no futuro, a um aumento de probabilidade de respostas dessa classe, que permite identificar o que constitui uma unidade de comportamento, um operante” (p. 81). No comportamento operante, o ambiente modela e mantém repertórios de comportamento, pois serve como ocasião para que ele ocorra.

Assim, uma resposta é reforçada quando se obtém um reforçador contingente a ela (Skinner, 1989/1991).

Pode-se dizer que um comportamento obteve como resultado uma consequência reforçadora para um indivíduo quando sua ocorrência aumentou no decorrer do tempo. Ao contrário, se certo comportamento teve uma consequência punitiva, este comportamento tende a diminuir sua ocorrência com o passar do tempo.

O termo *história de reforço* refere-se à história de reforçamento e punição, ou seja, a aprendizagem operante de um indivíduo desde seu nascimento. O reforço e a punição modelam o comportamento à medida que ele evolui durante a vida (Baum, 1999).

Malott, Whaley e Malott (1997) afirmaram que as causas do comportamento estão nas contingências ambientais; os efeitos imediatos ou resultados do comportamento ajudam a determinar a sua ocorrência futura. Se o comportamento ocorre, há um evento, estímulo ou condição reforçadora. Pode haver reforço através da presença de um evento reforçador, remoção de uma condição aversiva ou a prevenção da remoção de um reforçamento.

A função do estímulo antecedente no comportamento operante é estabelecer a ocasião em que uma resposta será seguida por determinadas consequências. Assim, a resposta tem probabilidade de ocorrer ou não. “Os estímulos discriminativos sinalizam as condições sob as quais uma resposta tem consequências diferenciais” (Costa, Luzia & Sant’anna, 2003, p. 79).

Um indivíduo é capaz de descrever, ou seja, discriminar, as diferentes relações entre seus comportamentos e o ambiente e de prever as alterações que essas relações produzirão. Assim, o homem é capaz de planejar futuras contingências, não sendo seu comportamento fruto do acaso (Sério, 1999).

O comportamento operante engloba os eventos públicos e privados que podem aparecer como estímulos antecedentes ou consequentes ao comportamento do indivíduo. Os eventos públicos são eventos que podem ser relatados por mais de uma pessoa. Os eventos privados são eventos que nunca podem ser relatados por mais de uma pessoa, ainda que existam outros indivíduos presentes. Ambos os eventos são naturais, ou seja, atribuídos a organismos vivos e íntegros, e possuem as mesmas propriedades, se diferenciando apenas pelo número de pessoas que têm

acesso a eles. Os comportamentos privados são classificados em eventos de pensar e eventos de sentir e, como qualquer comportamento operante, estão sujeitos ao processo de aprendizagem, por isso podem ser modificados pela experiência (Baum, 1999).

O comportamento de sentir está ligado a condições corporais e o comportamento de pensar pode ser explicado por falar privadamente. O comportamento de pensar torna possível outro comportamento, por exemplo, de relatar o que se pensa (Skinner, 1989/1991).

Da mesma forma, o comportamento de sentir é diferente do comportamento de relatar o que se sente. O sentimento é a resposta a estímulos ambientais, mas o relato do sentimento é produto das contingências verbais especiais organizadas pela comunidade verbal. Ao organizar as condições em que o indivíduo descreve o mundo público ou privado onde vive, uma comunidade gera uma forma especial de comportamento chamada *autoconhecimento* (Skinner, 1974).

O *comportamento verbal* é um comportamento operante modelado por aproximações sucessivas. O falante, aquele que emite o comportamento, é reforçado pelo ouvinte, na medida em que ele emite outros estímulos discriminativos ou apresenta mudança de comportamento em decorrência do comportamento verbal do primeiro (Baum, 1999). Esse comportamento é modelado de forma diferente, dependendo de cada cultura (Húbner, 1999).

Os principais tipos de comportamento verbal são os *mandos* e os *tatos*. Os mandos incluem pedidos, ordens, perguntas e conselhos e têm seus reforçadores claramente especificados no discurso. Os tatos se referem às opiniões, observações e informações, e não têm especificação de reforçadores, ocorrem na presença de determinados estímulos discriminativos (Baum, 1999).

O *comportamento de relatar* é um comportamento verbal e, como tal, necessita de estímulos discriminativos ambientais para que ocorra. A precisão com que um indivíduo relata seu mundo interno depende de seu grau de acesso ao estímulo discriminativo ou do grau de acesso da comunidade verbal ao estímulo quando o repertório está sendo estabelecido. Além disso, as características individuais do aparelho sensorial e o procedimento de treino

utilizado para ensinar o indivíduo a relatar também devem ser considerados (Rose, 1999b).

Os relatos verbais de estímulos privados podem ser aprendidos somente por “dicas” públicas, ainda que sutis ou pouco confiáveis. As “dicas” públicas que controlam os relatos verbais constituem o autoconhecimento de um indivíduo (Baum, 1999).

O autoconhecimento é de origem social e somente quando o mundo privado de uma pessoa se torna importante para os demais é que ele se torna importante para ela própria. Uma pessoa que se torna “consciente de si mesma” está em melhor posição de prever e controlar seu comportamento (Skinner, 1974).

O conhecimento que um indivíduo tem de si próprio tende a ser menos preciso do que o conhecimento que ele tem acerca do mundo. A comunidade modela o comportamento verbal baseada naquilo que lhe é acessível pela observação. Desta forma, as respostas autodescritivas são instaladas sob controle de eventos públicos acessíveis à comunidade. Uma pessoa pode não saber que emitiu determinado comportamento, seja ele aberto ou encoberto, ou ainda ignorar as variáveis que o controlaram. Assim, o comportamento não discriminado pode ser inferido pelo próprio sujeito ou por outro indivíduo (Rose, 1999b).

De acordo com Baum (1999), “o autoconhecimento sobre atitudes e crenças internas freqüentemente depende de discriminações que envolvem muitos eventos ao longo de muito tempo, mas os eventos são mais públicos do que privados” (p. 122).

As *regras* são estímulos verbais especificadores de contingências e são formuladas sob o controle de contingências sociais planejadas para induzir uma pessoa a relatar o que faz e por que o faz. As descrições das contingências são utilizadas pelo falante e pelo ouvinte para organizar seu próprio comportamento (Jonas, 1999).

As regras funcionam para vantagem daqueles que mantêm as contingências e daqueles que são afetados por elas. Elas são uma forma de autogoverno (Skinner, 1989/1991)

As *auto-regras* são estímulos verbais especificadores de contingências produzidas pelo comportamento verbal do próprio indivíduo a quem estas

contingências se aplicam. Uma parte do repertório comportamental verbal do indivíduo afeta outra parte de seu repertório comportamental verbal e não verbal. O comportamento de seguir regras é reforçado juntamente com o comportamento produzido pelo seguimento da regra. Quando o indivíduo adquire o comportamento de formular regras, um conjunto adicional de contingências pode auxiliar na manutenção e fortalecimento desse comportamento. Ao formular e seguir auto-regras, o indivíduo diminui o contato com as contingências iniciais que as produziram (Jonas, 1999).

Vários comportamentos desenvolvem-se sob um conjunto de condições, porém, mais tarde passam a ser influenciados por outras relações controladoras, podendo ser difícil identificar qual delas está operando em determinado momento (Costa, Luzia & Sant'anna, 2003).

De acordo com Sidman (1989/2003), há três tipos de relação controladora entre condutas e conseqüências: reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. As duas últimas caracterizam a coerção. O controle coercitivo produz efeitos colaterais mesmo após muito tempo das causas iniciais terem desaparecido.

O reforçamento negativo se caracteriza pela retirada de estímulos aversivos em decorrência do comportamento do indivíduo. A punição ocorre por introdução de um estímulo aversivo ou retirada de um estímulo reforçador.

Um indivíduo mantido por reforçamento positivo, freqüentemente produzindo coisas boas, sentirá a vida de maneira muito distinta de outro que está em contato mais freqüente com reforçamento negativo, tendo constantemente que fugir ou evitar eventos aversivos. Reforçamentos positivo e negativo podem ensinar novo comportamento, porém o reforçamento positivo deixa a pessoa livre para se comportar e obter novos repertórios comportamentais, enquanto o reforçamento negativo a limita (Sidman, 1989/2003).

Baum (1999) afirmou que, na sociedade humana, os eventos que se tornam reforçadores e punidores condicionados são numerosos e variados; eles diferem de acordo com a cultura e com cada indivíduo ao longo de sua vida.

Eventos desagradáveis e dolorosos podem perder sua efetividade como punidores quando colocados em competição com reforçadores positivos

poderosos. É uma condição comum ao cotidiano. Se há a crença incorreta de que certos eventos são inerentes e imutavelmente punidores, pode-se transformar a dor e o sofrimento em reforçadores positivos. Eventos punidores então sustentarão, em vez de eliminar, os atos que os produzem. Como resultado obtém-se uma pessoa que busca punição. (Sidman, 1989/2003).

A presença ou ausência de alguma característica do ambiente diz se uma conseqüência particular é provável no caso de agir-se de uma dada maneira. Dessa forma, ambientes adquirem características de reforçadores ou punidores dos eventos que sinalizam. A sensibilidade ao controle ambiental torna possível a adaptação a contingências de reforçamento e punição variadas e em constante mudança. Um evento que começa neutro torna-se um reforçador ou punidor potencial como resultado da experiência com ele. Punidores, sejam coisas, lugares, eventos ou pessoas, suprimem ações que as produzem, mas também geram fuga como um de seus efeitos colaterais (Sidman, 1989/2003).

Sidman (1989/2003) afirmou que a fuga ocorre quando um comportamento tem o objetivo de cessar um estímulo aversivo. A esquiva é uma forma de reforçamento negativo. Esquivas bem-sucedidas de eventos aversivos futuros são conseqüências secundárias das fugas de eventos aversivos já experienciados. Se uma aprendizagem se der principalmente por esquiva, o indivíduo se confinará ao seguro e previsível, incapaz de lidar com o inesperado.

Comportamento e Saúde

Para os analistas de comportamento, a personalidade é compreendida como um padrão comportamental presente no decorrer da vida do indivíduo. Segundo Sturmey (1996), as variações no comportamento são vistas como uma função das variáveis ambientais, as quais mantêm o comportamento, e suas interações com variáveis pessoais como: história de aprendizagem, estados psicológicos, genética e personalidade.

Lundin (1977) ressaltou que conceber a personalidade com um enfoque Behaviorista é ater-se a comportamentos observáveis. A ênfase também é dada ao processo de aprendizagem, observando-se *como e em que condições* o comportamento é aprendido. Cada vez que o indivíduo aprende uma nova resposta, sua personalidade se desenvolve. Cada ser humano se desenvolve sob diferentes conjuntos de condições ambientais, adquirindo um tipo de equipamento de comportamento, singular ao indivíduo, chamado *personalidade*. As diferenças individuais emergem das distintas histórias de vida das pessoas. Portanto, conforme Miyazaki e Amaral (1998), a história passada aumenta a probabilidade de que uma determinada forma de comportamento ocorra em uma dada situação que contenha elementos semelhantes à situação anterior.

As trocas comportamentais são mais variáveis, em termos da diversidade dos fenômenos de interesse; elas podem se modificar com a repetição. Ao serem incorporadas ao repertório do organismo, alteram futuros modos de interação; e, principalmente, essas trocas ou ajustamentos podem ocorrer a grande distância, espacial e temporal, dos eventos e objetos com os quais se relacionam (Matos, 1999b, p. 49).

Skinner (1953/2003) afirmou que os traços (de personalidade) se referem a um modo de representar o repertório de um organismo com uma indicação de frequência da ocorrência de certos comportamentos. O *eu* é um artifício para representar um sistema de respostas funcionalmente unificado. Assim, é necessário que se expliquem a unidade funcional de cada sistema e suas relações. A personalidade pode significar um modo de ação padrão ou uma ação sob determinado conjunto de contingências ou estímulo

discriminativo; as variáveis emocionais também podem dar origem a personalidades distintas, ou seja, modos diferentes de agir do indivíduo.

Para Skinner (1974):

A personalidade é um repertório de comportamento partilhado por um conjunto organizado de contingências... (e) contingências conflitivas levam a repertórios de comportamento conflitivos... (p. 130).

Segundo Laloni (2006), Comportamento e Saúde é o estudo das relações entre fatores biológicos do organismo e o ambiente. Saúde é um estado do organismo, uma condição que depende da interação de diversos fatores; a vulnerabilidade biológica é um estado do organismo produzido pela interação desses fatores. Para os Behavioristas Radicais o corpo e o comportamento compõem um único sistema. O comportamento é a dimensão funcional do corpo na sua interação com o ambiente e essa interação não é independente do organismo biológico. A participação indissociável da reação biológica em todos os comportamentos permite afirmar que as contingências afetam tanto o comportamento quanto o estado biológico.

Assim, de acordo com a mesma autora, os comportamentos podem alterar o estado do organismo e produzir vulnerabilidade biológica para doenças. Os comportamentos que diretamente afetam a saúde como envolver-se em um acidente, são facilmente observados e podem ser descritos funcionalmente, no entanto outros produzem efeito na saúde ao longo de um tempo como fumar, e essa lacuna no tempo dificulta a análise da funcionalidade.

Laloni (2006) afirmou que os processos de interação com o ambiente que produzem as enfermidades podem também estar nas práticas sociais e culturais. Para a análise da relação entre comportamento e saúde é necessário que se observem três fatores fundamentais: a história de interação do indivíduo com o ambiente, as competências funcionais (padrões comportamentais) na interação com uma determinada situação e a modelagem dos estados biológicos do organismo por parte das contingências ambientais.

O estudo do comportamento associado ao desenvolvimento do câncer pretende identificar as variáveis ambientais, isto é, contingências antecedentes e conseqüentes que estabeleceram relação funcional com os padrões comportamentais adquiridos antes do início da doença. Assim, este trabalho poderá oferecer, futuramente, indicadores para programas de prevenção.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever contingências provavelmente relacionadas ao desenvolvimento do câncer de mama.

Objetivos específicos

- ⇒ Descrever a história pessoal e familiar de mulheres com câncer de mama.
- ⇒ Descrever os comportamentos provavelmente associados ao desenvolvimento da doença.
- ⇒ Identificar, através de análise comportamental, quais as variáveis (contingências) antecedentes e conseqüentes presentes na época do desenvolvimento da doença.
- ⇒ Comparar as contingências de cada caso estudado, a fim de verificar se há alguma regularidade entre elas.

MÉTODO

A Análise do Comportamento é uma ciência do comportamento fundamentada na filosofia do Behaviorismo Radical e que tem como objeto de estudo a interação do indivíduo com o ambiente. A Análise do Comportamento está interessada nas relações entre os eventos ambientais (estímulos) e as ações do organismo (respostas) e suas conseqüências (Matos, 1999b). Ela permite conhecer a história de condicionamento das pessoas, ou seja, saber como se comportaram frente a determinados eventos da história de vida.

A Análise do Comportamento foi definida por Skinner (1953/2003) como aquela que leva em consideração as variáveis externas das quais o comportamento é função, sendo que a probabilidade de um comportamento ocorrer novamente pode ser alterada pelo efeito de suas conseqüências (reforçamento, punição).

Considerando-se o método dentro dessa abordagem, o comportamento humano como a somatória da história de vida, aprendizagem, genética, influências do meio ambiente e as condições motivadoras do comportamento. Através das relações entre os comportamentos (pensamentos, sentimentos, ações), os estímulos ambientais e as conseqüências é que o comportamento vai se fortalecendo no decorrer da vida.

Para que se realize a Análise do Comportamento, é preciso que se obtenham os dados do comportamento a ser analisado. Isso é feito por meio de uma observação e/ou de relato verbal do indivíduo sobre seu comportamento. O relato verbal não substitui um evento, ele é um comportamento, é a fonte de informação sobre eventos internos para o analista do comportamento (Malerbi, 1999).

Trata-se de um estudo descritivo baseado nos relatos das histórias de vida de mulheres com câncer de mama.

Esta pesquisa é um estudo de caso, qualitativo, na medida em que se realizou uma análise comportamental descritiva, considerando-se as contingências históricas que estavam presentes na época provável do desenvolvimento da doença e quantitativo, visto que se baseou na freqüência dos comportamentos para estabelecer os mais relevantes. Como se trata de um estudo histórico, as hipóteses levantadas não foram testadas. Os eventos

privados (sentimentos e pensamentos) foram analisados como comportamentos produto das contingências de reforçamento. Nessa análise, os estímulos discriminativos e as operações estabelecedoras, embora sejam conceitos distintos, foram considerados igualmente estímulos antecedentes.

Participantes

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: sexo feminino, característica que se justifica pela proporção de cerca de cem mulheres diagnosticadas de câncer de mama para um homem; idade entre 40 e 60 anos, apontada pelo INCA como período de maior risco e incidência da doença; diagnóstico primário de neoplasia maligna de mama, feito no início do ano de 2006, cerca de seis meses da entrevista; ausência de história da doença na família (mãe e/ou irmã), pois a presença da doença em familiares próximas como mãe, irmã, aumenta cerca de duas a três vezes a probabilidade de se desenvolver o câncer de mama; e, por fim, que tivesse no mínimo um filho, uma vez que a nuliparidade também aumenta o risco de incidência.

Os critérios de exclusão foram mulheres portadoras de transtornos psiquiátricos, transtornos do desenvolvimento e em estado terminal da doença.

A amostra foi composta por quatro mulheres, com idade entre 40 e 50 anos, com diagnóstico primário de neoplasia maligna de mama, com filhos, sem história da doença na família (mãe e/ou irmã) e que se encontravam em tratamento médico no ambulatório de oncologia de um hospital particular de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

A tabela 1 apresenta as características demográficas das participantes, que foram obtidas através do Roteiro Estruturado de Dados de Identificação e da Doença (ANEXO III).

Tabela 1: Características Demográficas

PARTICIPANTE	P1	P2	P3	P4
IDADE	50	40	47	43
ESTADO CIVIL	Casada	Casada	Casada	Casada
FILHOS	2	2	2	1
ESCOLARIDADE	Ens. Fund. Inc.	Ens. Fund.Compl.	Ens. Méd. Incompl.	Pós-graduação
OCUPAÇÃO ATUAL	Cozinheira	Cabeleireira	Do lar	Empresária
RELIGIÃO	Católica	Católica	Católica	Católica
MENOPAUSA	Sim	Não	Não	Não
DATA DIAGN.	Fev/06	Fev/06	Jan/06	Abr/06
TEMPO PROVÁVEL DO INÍCIO DA DOENÇA (ANOS)	8	4	8	4

As características da amostra indicaram que todas as participantes eram casadas, três delas tinham dois filhos e a outra, um filho. O nível de escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto e pós-graduação. Três participantes tinham uma ocupação, porém uma delas estava afastada do trabalho em virtude do tratamento de câncer a que vinha se submetendo. Todas eram de religião católica. Somente uma participante se encontrava na menopausa. As participantes receberam o diagnóstico no início do ano de 2006. O tempo provável de início da doença foi de oito anos para duas participantes e de quatro anos para as demais, indicando que o tempo de diagnóstico foi uma variável diferente do tempo de início provável da doença. As entrevistas foram efetuadas cerca de seis meses após o diagnóstico.

Material

1. Termo de consentimento livre e esclarecido do participante – ANEXO I

O termo de consentimento foi elaborado pela pesquisadora e entregue a cada participante a fim de esclarecê-la sobre sua participação na pesquisa, informá-la do sigilo de suas respostas ao entrevistador, sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem implicar prejuízos ao tratamento médico, informá-la de que teria acesso aos resultados e que seria oferecido tratamento psicológico caso necessário. Após a leitura e esclarecimentos, foi pedido que ela assinasse o termo de consentimento como permissão de sua participação na pesquisa.

2. Termo de consentimento livre e esclarecido do médico – ANEXO

II

O termo de consentimento foi elaborado pela pesquisadora com o propósito de informar o médico do ambulatório de oncologia sobre os objetivos e procedimentos do estudo, a fim de que auxiliasse no fornecimento das informações a respeito do diagnóstico e provável época do início do tumor de cada paciente.

3. Roteiro de dados de identificação e da doença – ANEXO III

Foi elaborada pela pesquisadora uma ficha contendo dados de identificação como: iniciais do nome, data de nascimento, idade, escolaridade, ocupação atual, estado civil, número de filhos, religião e pessoas que residem na mesma casa; e dados da doença tais como: diagnóstico clínico, data do diagnóstico, data do provável início do tumor, estágio da doença, tipo de tratamento, menopausa e história de doença oncológica na família. Além desses dados, foram elaboradas sete questões que visavam avaliar a compreensão da participante a respeito do diagnóstico e tratamento e de sentimentos e pensamentos (comportamentos encobertos) relativos à doença. Esses dados foram obtidos com a finalidade de caracterizar as participantes do estudo.

4 Roteiro de entrevista clínica para a participante – ANEXO IV

O instrumento elaborado pela pesquisadora contém uma questão aberta a respeito da história pessoal e familiar da participante, abrangendo os eventos de vida anteriores ao início do câncer.

5. Roteiro de entrevista para o médico oncologista – ANEXO V

O roteiro constitui-se de uma questão elaborada pela pesquisadora a respeito do tempo em que provavelmente o tumor de cada participante tenha se iniciado.

6. Carta de ciência e autorização da Instituição – ANEXO VI

Consiste em uma carta assinada pelo diretor clínico da instituição onde foram coletados os dados, autorizando a pesquisadora a solicitar a participação das pacientes e a colaboração dos médicos para o trabalho.

7. Termo de consentimento para a utilização dos dados do prontuário – ANEXO VII

Trata-se de um termo, elaborado e assinado pela pesquisadora, que foi entregue à instituição, em que ela explicava os objetivos da pesquisa e solicitava a utilização das informações dos prontuários médicos, se comprometendo a manter sigilo dos dados obtidos, conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

8. Gravador

O gravador de marca *Panasonic*, modelo Voice Activated Sistem Fast Playback (VAS FP), foi utilizado para o registro das informações obtidas durante as entrevistas clínicas.

Procedimento

A pesquisadora entrou em contato com o diretor clínico do hospital a fim de explicar os objetivos do trabalho e solicitar a autorização do responsável para a condução do estudo.

Após o aceite e autorização do diretor clínico, a pesquisadora assinou e entregou à instituição um termo de consentimento para utilização dos dados do prontuário (ANEXO VII) em que se comprometia a manter sigilo das informações obtidas através desse documento.

Terminada esta etapa, a pesquisadora dirigiu-se ao ambulatório de oncologia do hospital e solicitou à secretária a lista de pacientes em tratamento (quimioterápico) e seus respectivos prontuários médicos. Através dos prontuários, a pesquisadora selecionou as participantes que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Entre aproximadamente trinta nomes de pacientes da lista, foram selecionados seis prontuários de pacientes que se encaixavam nos critérios citados. Dessas, quatro foram selecionadas por sorteio. Trata-se de uma amostra pequena justificada pela complexidade do estudo.

As participantes foram contatadas via telefone e convidadas a comparecer a um encontro para serem esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa e quanto a sua participação voluntária. As quatro primeiras convidadas aceitaram participar da pesquisa. Todas as participantes encontravam-se em tratamento quimioterápico no período de coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em uma sala fechada no próprio ambulatório de oncologia do hospital, em horários pré-agendados diretamente com as participantes.

O encontro inicial consistiu em explicar os objetivos da pesquisa e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Participante (ANEXO I) para ser lido e posteriormente assinado. Após essa etapa, a entrevista clínica seguiu de acordo com o Roteiro de Dados de Identificação e da Doença (ANEXO III) e em seguida o Roteiro de Entrevista Clínica Semi-estruturado para o Participante (ANEXO IV). A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita, a fim de registrar as informações com maior fidedignidade. Cada encontro teve uma duração aproximada de uma hora.

As duas entrevistas seguintes tiveram a finalidade de continuar a coleta de dados quanto à história de vida da participante, referentes ao roteiro de entrevista (ANEXO IV). Foram questionadas as situações em que os fatos ocorreram, os comportamentos e as conseqüências decorrentes.

Outro procedimento utilizado foi o contato com o médico oncologista responsável pela paciente, a fim de obter os dados médicos da data provável de início do tumor. Essa entrevista foi efetuada no intervalo entre o primeiro e o segundo encontro com a participante.

As entrevistas foram efetuadas entre os meses de julho e novembro de 2006, com intervalos variados de duas a oito semanas para cada participante. Cada encontro durou aproximadamente uma hora e dez minutos.

Uma das participantes teve maior dificuldade na regularidade do tempo entre as entrevistas, em decorrência dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico.

A partir da Teoria Behaviorista de B. F. Skinner (1953), cada participante foi avaliada com base na história pessoal e demais dados obtidos através dos relatos das entrevistas clínicas. Realizou-se a análise das prováveis contingências (antecedente, comportamento e consequência) a que ela esteve exposta antes do início da doença. A partir do critério clínico estabelecido pelo médico oncologista responsável pelas participantes, foi inferido o ano de início da doença e pesquisados os eventos de vida, cerca de dois a seis anos antes dessa época.

O período selecionado para investigação antes da data provável do início da doença variou de acordo com a presença de eventos relevantes no contexto de vida da participante. As classes de comportamento analisadas foram selecionadas considerando-se a maior frequência e a ênfase desses comportamentos nos discursos das participantes ao relatarem suas histórias de vida.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados e analisados os resultados dos dados obtidos pelas entrevistas clínicas realizadas com as quatro participantes do estudo.

Em primeiro lugar, serão apresentados os dados de identificação obtidos através do Roteiro de Dados de Identificação e da Doença (ANEXO III). Os dados a respeito da história da doença, também obtidos por meio desse roteiro, foram colocados em anexo juntamente com um resumo da história de vida de cada participante (ANEXOS VIII, IX, X e XI para P1, P2, P3 e P4, respectivamente).

Para a análise, os comportamentos foram divididos em classes comportamentais e diante de cada comportamento foram apresentados o(s) evento(s) antecedente(s) e as verbalizações da participante que ilustravam seu comportamento. Para cada classe de comportamento foram feitas a associação com os eventos da história de vida e a análise das conseqüências.

As classes de comportamento foram selecionadas de acordo com a freqüência em que apareceram no discurso da participante à medida que relatava sua história.

PARTICIPANTE 1 – P1

Dados de Identificação

Participante: Sexo feminino, 51 anos, nasceu no interior do Estado de Santa Catarina, é a 3ª filha de uma prole de nove irmãos, sendo três do sexo masculino, de 48, 47 e 45 anos, e cinco do sexo feminino, de 53, 52, 42, 41 e 35 anos, além da participante. Casada há 24 anos, possui duas filhas, de 23 e 19 anos. Coursou o ensino fundamental (incompleto), é cozinheira, está afastada do trabalho pelo INSS no momento e professa a religião católica. Não possui história de câncer de mama na família. Está na menopausa.

Marido: 50 anos, nasceu no interior do Estado de Minas Gerais, tem quatro irmãos. Coursou o ensino fundamental (completo), é pintor e trabalha atualmente em empregos com contratos temporários.

ANÁLISE COMPORTAMENTAL

O exame médico indicou que possivelmente a neoplasia maligna de mama tenha iniciado há aproximadamente oito anos, embora o diagnóstico tenha sido feito em fevereiro de 2006. A partir dessa referência, os dados relevantes de sua história de vida nos últimos dez anos foram coletados e analisados.

Considerou-se importante para efeito de análise: o relacionamento com as filhas.

Relacionamento com as filhas

Antecedentes:

- A. Necessidade de cuidados das filhas.
- B. As filhas começaram a trabalhar fora de casa.

Verbalizações que indicam que P1 exibia o comportamento de “cuidar das filhas”

1) P1 - “Eu curti bastante as meninas enquanto elas eram pequenas, eu cuidava delas o tempo todo. Cuidar das minhas filhas foi uma parte muito boa que dá saudade porque tudo passa. Ver crescendo, se desenvolvendo, eu curti tudo isso. Eu faço tudo pelas minhas filhas, mesmo que não seja do meu agrado, eu faço tudo por elas. Mãe é tonta dos filhos.”

2) P1 - “Eu fazia bolos, crochê e bijuterias para ter o meu dinheiro. Esse dinheiro era pra eu comprar as coisas pra elas (filhas) e pra mim, pra gente passear. Meu marido é quem pagava as contas.”

3) P1 - “Quando eu voltei a trabalhar, eu pensava nelas (filhas) e até hoje eu tenho saudades delas porque agora elas estudam, trabalham, e a gente passa menos tempo juntas.”

4) P1 - “Trabalhar é muito bom pra todo mundo. Eu passei a ser útil, tinha meu dinheiro, podia planejar coisas diferentes, não era só o salário do marido, eu saía, conversava, vivia, não é só a rotina, a gente precisa de coisas diferentes, não importa a idade pra aprender.”

5) P1 - “Eu sempre me relacionei bem com as pessoas com que eu trabalho, nunca criei problema, sempre respeitei a vontade da pessoa que trabalha comigo. E a pessoa que trabalha comigo sempre me respeitou também, e a gente fazia uma parceria boa. Sempre gostei de trabalhar em lugar que tem bastante gente, bastante movimento. A gente passa a gostar das crianças, dos adultos, como se fosse uma família só.”

6) P1 - “Quando elas começaram a trabalhar, foi difícil, eu senti falta. Mas a gente tem que dar liberdade, é a vida delas, tem que confiar, e também saber o que estão fazendo, onde estão indo.”

7) P1 - “Minhas filhas foram trabalhar cedo, mas tem gente que é mais independente do que elas. Elas até hoje me ligam pra perguntar as coisas ou até porque está com dor de cabeça no trabalho. Se eu estou em casa, elas pedem tudo pra mim. Elas cresceram, mas não o suficiente ainda.”

8) P1 - “Agora que elas não dependem mais de mim, eu saio para vender as minhas coisas, visito a minha mãe, faço curso de crochê, faço várias coisas em casa e ocupo meu tempo. Mas, quando eles estão em casa (marido e filhas), eu faço as coisas que eles gostam de comer, agrado eles.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO VIII)

P1 ajudou a cuidar de seus irmãos mais novos desde pequena e presenciou a dedicação de sua mãe, que cuidou sozinha dos filhos no decorrer de toda sua vida. Quando se casou, passou a se dedicar aos cuidados da família da mesma forma.

Análise das conseqüências

O comportamento de “cuidar das filhas” foi reforçado positivamente pelas solicitações de ajuda e pela atenção delas à P1. No momento em que as filhas estavam maiores e depois que a mais velha passou a trabalhar fora de casa, P1 sentiu falta (relatos 1, 3 e 6) e começou a se dedicar mais ao seu próprio trabalho (relato 8), pois não podia desfrutar da companhia das filhas durante todo o tempo, como antes. Assim, diante da perda dos reforçadores positivos da convivência com as filhas, o comportamento de trabalhar foi reforçado negativamente porque P1 poderia “ocupar seu tempo” trabalhando. Dessa forma, o comportamento de “trabalhar” foi analisado como esquiva de “sentir falta das filhas”.

O comportamento de trabalhar também produziu reforçamento positivo social, obtido pelo contato com as pessoas, conversas e a sensação de ser útil (relatos 4 e 5).

Pode-se dizer que o comportamento de “cuidar das filhas” estava sob controle de uma auto-regra de que a boa mãe deve fazer tudo pelos filhos.

Análise da Relação entre Comportamento e Doença

Pode-se supor que o reforçamento positivo proveniente do relacionamento intenso com as filhas, quando eram pequenas e necessitavam de cuidados, diminuiu assim que elas cresceram e se tornaram mais independentes e que a mais velha começou a trabalhar fora de casa. Esse fato, ou seja, a ausência de reforçadores, pode ter produzido comportamentos encobertos como sentimentos de perda, solidão e inutilidade, contribuindo para o enfraquecimento do organismo, somado a uma vulnerabilidade biológica para o provável desencadeamento do câncer.

Diante da diminuição de reforçadores positivos fornecidos pelo contato com as filhas, P1 procurou o trabalho fora de casa como forma de suprir essa falta. Talvez esse fato possa ser considerado uma estratégia adaptativa à nova contingência, porém o trabalho parece ter produzido mais reforçadores negativos do que positivos, visto que ao trabalhar, “ocupava seu tempo” e não pensava na falta que as filhas faziam a ela.

A perda de reforçadores pode ter ocasionado o início de um processo de extinção do comportamento de “cuidar das filhas”. P1 pode ter tido ausência de repertório para buscar novos reforçadores positivos. Outra hipótese seria a não discriminação dos comportamentos encobertos, portanto, pouco autoconhecimento. Isso pode ser explicado porque, no decorrer de sua história de vida, a comunidade verbal não auxiliou no processo de aprendizagem de discriminação dos encobertos.

PARTICIPANTE 2 - P2

Dados de Identificação

Participante: Sexo feminino, 40 anos, nasceu no interior do Estado do Paraná, é a 3ª filha de uma prole de sete irmãos, sendo três do sexo masculino, de 42, 37 e 24 anos, e quatro do sexo feminino, de 41, 34 e 30 anos, além da participante. Casada há doze anos, tem dois filhos do sexo masculino, de 8 e 7 anos. Coursou o ensino fundamental (completo), é cabeleireira e professora a religião católica. Não possui história de câncer de mama na família. Não se encontra na menopausa.

Marido: 43 anos, nasceu no interior do Estado do Paraná, tem três irmãos. Coursou até a 7ª série do ensino fundamental, é auxiliar de produção de uma empresa de cerâmica na cidade onde mora, no interior do Estado de São Paulo.

ANÁLISE COMPORTAMENTAL

O exame médico indicou que possivelmente a neoplasia maligna de mama tenha iniciado há aproximadamente quatro anos, embora o diagnóstico tenha sido feito em fevereiro de 2006. A partir dessa referência, os dados relevantes de sua história de vida nos últimos dez anos foram coletados e analisados.

Considerou-se importante para efeito de análise: o relacionamento conjugal, a maternidade e o trabalho.

Relacionamento Conjugal

Antecedentes:

- A. Dificuldades do marido com os negócios.
- B. Depressão do marido.

Verbalizações que ilustram as situações em que P2 exibia o comportamento de “cuidar do marido”.

- 1) P2 - “Eu não poderia ser mole com ele (marido), tinha que ser agressiva, falar tudo que precisasse, sem medo, ser forte com ele.”
- 2) P2 - “Se ele discutisse com alguém que eu achasse errado, eu falava: ‘Vamos conversar sobre isso. Você não agiu certo’. Ele ficava quieto, ouvia e depois melhorava.”
- 3) P2 - “Ele (marido) sempre teve interesse em conversar comigo, me ouvir e discutir os problemas.”
- 4) P2 - “Ele (marido) sempre foi assim; o que eu falava, ele sempre acatava.”
- 5) P2 - “Eu tentava conversar, animar ele, chamava pra sair. Eu falava: ‘Você não está bem, o que está acontecendo?’. Eu fiz alguma coisa que você não gostou?”
- 6) P2 - “Eu tinha que contar o dinheiro várias vezes, ele não se concentrava. Ele ia pagar uma conta e eu tinha que estar junto, se ele preenchesse um cheque, ele me mandava ver duas, três vezes se estava certo. Eu tinha que controlar ele.”
- 7) P2 - “Como ele (marido) trabalhava na padaria, no domingo ou feriado que eu tinha folga, a gente cuidava da padaria. Como ele ficava lá direto, eu ia lá pra ficar com ele. Eu cheguei a dormir lá junto com ele na padaria, mesmo

grávida, pra ficar mais tempo com ele, porque ele não tinha tempo quase de vir pra casa.”

8) P2 - “A depressão nunca atrapalhou ele comigo. Ele é até mais carinhoso, porque ele sente necessidade. O porto seguro sou eu, ele se aproxima mais, por isso eu percebo que ele está em depressão, senão eu não saberia.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO IX)

P2 começou a trabalhar com 6 anos para ajudar a família. Costumava observar a mãe, que também trabalhava e cuidava dos filhos. No decorrer de sua vida, desenvolveu um senso de responsabilidade e de tomar decisões. Mais tarde esse padrão comportamental foi repetido no casamento, em que P2 cuidava do marido e era responsável pelo funcionamento da casa. Com os filhos, da mesma forma, ela procurou prover o que necessitavam, colocando seus cuidados e bem-estar como prioridade.

Análise das consequências:

A classe de comportamentos de “cuidar do marido” foi mantida pelas respostas de obediência dadas por ele. Essa consequência foi considerada reforçamento positivo (relatos 1, 2, 3, 4 e 6).

A classe de comportamentos, diante do estado depressivo do marido, de “animá-lo”, “ser seu porto seguro” e de “estar junto dele para resolver questões domésticas”, teve como consequência sua aproximação afetiva em relação a P2. Essa consequência foi considerada reforçamento positivo (relatos 5, 7 e 8).

O repertório comportamental de suporte ao marido e “falar com ele de forma impositiva” aumentou, não havendo, por parte de P2, a discriminação do alto custo de respostas, ou seja, de que esse comportamento estava produzindo também consequências aversivas.

Maternidade

Antecedente:

A. Casamento

Verbalizações que ilustram que P2 exibia o comportamento de “não pretender ter filhos”.

- 1) P2 - “Eu não queria ter filhos. Eu achava que a mulher sofria demais a vida toda. É ela quem cuida mais, por mais que o marido ajude. Eu achava que eu não estava preparada pra ser mãe. Eu era uma pessoa que queria trabalhar, ter minhas coisas. Não que eu não gostasse de criança, eu sempre gostei, mas pelo sofrimento dos meus irmãos, que tinham filhos.”

Antecedente:

B. Gravidez e aborto

Verbalizações que ilustram que P2 exibia o comportamento de “pretender ter um filho”.

- 2) P2 - “A gente conversou e ele falou: ‘Vamos ter um filho? Agora está na hora. Já vimos que dá tudo certo, nós não temos problemas pra pensar em uma separação um dia’. Então nós decidimos. Eu parei de tomar o remédio e usar preservativo e tive a primeira gravidez que foi interrompida.”
- 3) P2 - “Quando eu tive o aborto, senti um vazio muito grande, achei que eu nunca mais ia querer ter filhos.”

Antecedentes:

C. Aborto

D. Não planejar ter filhos

Verbalizações que ilustram que P2 exibiu o comportamento de “engravidar”.

4) P2 - “Chega uma hora que o casamento vai desgastando. Só vocês dois, vai ficando uma coisa pesada. Eu já estava casada há três anos sem filho.”

5) P2 - “Depois de um tempo que eu tinha perdido, eu falei assim: ‘Se acontecer, tudo bem, mas nós paramos para arrumar um filho, eu não quero porque a gente fica naquela ansiedade’.”

6) P2 - “A minha segunda gravidez foi difícil, eu tive sangramento, já tinha tido aborto, corria risco de ter de novo, tomava remédio pra segurar o bebê, não podia carregar peso. Eu não tive relação (sexual) desde o começo que eu soube até o sétimo mês. Eu tinha esses probleminhas, mas estava tudo bem.”

Antecedentes:

E. Nascimento do primeiro filho.

F. Filho prematuro com problemas de saúde, problemas respiratórios e dificuldades para dormir.

Verbalizações que ilustram o comportamento de P2 de “cuidar do filho”.

7) P2 - “Ele (bebê) dormia em cima de mim ou no carrinho, eu chacoalhando. Ele acordava, eu tinha que dar mamadeira ou o peito, fazer ele dormir. Aí ele já acordava daí uma hora.”

8) P2 - “Até dois anos e seis meses ele acordava e eu tinha que fazer dormir de hora em hora. Quando ele acordava, eu saía com ele. Às vezes demorava duas ou três horas, e dormia umas três horas, mas aí, se já era cedo, eu não queria mais deitar.”

9) P2 - “Ele (marido) acordava comigo. Mas ele trabalhava de servente de pedreiro, era um trabalho pesado. Ele estava cansado, tinha sono.”

10) P2 - “Nunca culpei ele, coitadinho” (pelo trabalho que dava).

Antecedente:

G. Gravidez sem planejamento

Verbalizações que ilustram que P2 apresentou o comportamento de “não pretender ter mais filhos”.

11) P2 - “Depois dele (o primeiro filho), a intenção nossa era não ter mais filhos, porque a gente queria dar assistência pra esse um.”

12) P2 - “Quando eu descobri que estava grávida, eu pensei no pequeno, com tanto trabalho que ele dava, o tanto de atenção que ele tinha que ter.”

13) P2 - “Nessa época, meu marido já estava trabalhando na firma, já estava mais seguro, ele não tinha o problema da depressão. Aí eu fiquei tranqüila, porque eu me preocupei só com o G. (primeiro filho) e comigo.”

14) P2 - “Eu sempre falei pro B. (marido): ‘Eu não queria ter filhos, mas, já que eu tive, eu quero dar o melhor pra eles. Se a gente não conseguiu, porque a gente estava com tudo encaminhado, com casa, carro, tudo nosso, demos tudo para os outros (dívidas), pelo menos o estudo eu quero dar para os meus filhos’. Eu sempre trabalhei pra isso.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO IX)

P2 teve como parte da sua história de vida os cuidados com os irmãos, em que aprendeu que crianças demandavam muita atenção e dedicação. Observou sua mãe, no decorrer dos anos, cuidar dos filhos, muitas vezes deixando seus interesses de lado. Com isso, apresentou comportamento de esquiva de ter filhos no início do casamento. Quando nasceu seu primeiro filho, necessitou dar atenção e cuidados integrais a ele e, em vista disso, não planejava ter outros filhos. Engravidou novamente, mas a criança não precisou de tantos cuidados como o irmão, sendo uma fonte de reforçamento positivo para P2.

Análise das conseqüências:

No início do casamento, P2 apresentou o comportamento de esquiva de ter filhos e era reforçada positivamente pelo fato de poder dedicar-se aos seus próprios interesses e ao trabalho (relato 1).

O comportamento de desejar engravidar para contentar o marido teve como conseqüência o alívio de vê-lo descontente por não ser pai, sendo interpretado, portanto, como um reforçamento negativo (relato 2).

Diante do comportamento de engravidar (primeira gestação) e esta gravidez ter tido como conseqüência um aborto, seu comportamento de engravidar foi punido e provocou respostas emocionais diante da expectativa de nova gravidez (relatos 3 e 5).

A segunda gestação foi seguida de alto custo de respostas, porque P2 teve que abster-se de fazer esforço físico, cuidar melhor da alimentação, tomar medicamentos para não abortar novamente e não discriminava a aversividade desses eventos (relato 6).

Com o nascimento do primeiro filho, o alto custo de respostas continuou, em virtude da dificuldade que a criança tinha para dormir e dos problemas de saúde que apresentou. Após o nascimento, P2 dedicava-se a ele quase todo o tempo, não havendo discriminação das conseqüências aversivas produzidas por seu comportamento (relatos 7 e 8).

Com o tempo, os comportamentos de cuidado para com o filho aumentaram e, como conseqüência, teve o alívio de vê-lo com problemas (reforço negativo), sem, no entanto, culpá-lo disso (regras) (relato 10).

A gravidez e o nascimento do segundo filho foram reforçados positivamente: a criança não apresentou problemas de saúde e a situação da família encontrava-se mais estável (relato 13).

O comportamento de “cuidar dos filhos” esteve sob controle de uma auto-regra de que a boa mãe deve fazer tudo pelos filhos.

Trabalho

Antecedente:

A. Casamento

Verbalizações que ilustram que P2 exibia o comportamento de “trabalhar” após o casamento.

1) P2 - “Ele (marido) tinha um bar, que era muito bem movimentado, não precisava do meu dinheiro. Então ele (dinheiro) era só pra mim e pro salão. A gente tinha uma vida tranqüila, podia até viajar se quisesse.”

2) P2 - “Antes da gravidez do G. (primeiro filho), eu trabalhava pra mim ou pra fazer o que eu quisesse.”

Antecedentes:

B. Insucesso dos negócios do marido

C. Depressão do marido

Verbalizações que ilustram que P2 exibia o comportamento de “trabalhar para sustentar a casa”.

3) P2 - “Foi muito difícil a minha gravidez do G (primeiro filho), porque eu tinha que ajudar ele (marido) a pagar as contas, que eu não estava acostumada, passei muito nervoso por causa disso.”

4) P2 - “Ele (marido) teve depressão e precisou de mim.”

5) P2 - “Até hoje eu tenho que trabalhar pra ajudar no sustento da casa mesmo. Dos filhos pra cá, eu não pude falar assim: ‘O que eu ganho é pra mim’.”

6) P2 - “Fazendo o serviço que eu gostava, eu não estava pensando nos problemas que eu estava tendo de perder meu filho.”

7) Diante da situação em que precisava trabalhar e vivenciava uma gravidez delicada afirmou: P2 - “Até hoje eu não consigo pensar nisso.”

8) P2 - “Eu não parei pra pensar nisso. Agora que eu estou vendo que eu comecei a trabalhar pra sustentar a casa depois da gravidez. Mas a mudança foi bem grande porque, se eu falasse pro meu marido que eu precisava de 300 reais pra pagar a minha conta, ele dava. Hoje ele já me avisa que a gente tem que controlar.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO IX)

P2 trabalhou desde a infância para ajudar a sustentar a família. Quando se casou, continuou trabalhando, mas usava seu dinheiro para ampliar seu negócio e para comprar roupas e demais objetos que desejasse. Com três anos de casada, grávida, os negócios do marido não iam bem, e P2 teve que trabalhar para novamente sustentar a casa. A partir dessa época, P2 passou a dividir as contas da casa com o marido.

Análise das conseqüências:

Durante vinte e um anos de sua vida (dos 6 aos 27), P2 trabalhava com a finalidade de ajudar a sustentar a família: padrão reforçado negativamente.

Quando se casou, permaneceu por três anos trabalhando por prazer e para investir em seu local de trabalho, sendo reforçada positivamente por isso (relatos 1 e 2).

No sexto mês de gestação do primeiro filho, com as dificuldades dos negócios e a depressão do marido, P2 passou novamente a ser responsável pelo sustento da casa (relatos 3 e 4). Assim o trabalho voltou a ser um reforçador negativo. Nesse período, o trabalho também a reforçava negativamente, pois a aliviava de pensar nos riscos da gestação delicada (relato 6).

Os relatos 7 e 8 demonstram a baixa capacidade de discriminação de P2 para perceber a mudança de função do trabalho, de algo antes estritamente prazeroso para algo que supriria suas necessidades financeiras.

Análise da Relação entre Comportamento e Doença

Cerca de seis anos antes da data provável do aparecimento do tumor, P2 foi exposta a contingências aversivas, sendo a primeira delas um aborto, em seguida nova gravidez, a qual inspirava cuidados. Mas, em virtude da depressão do marido e da instabilidade financeira do casal, P2 precisou tomar decisões pelo marido e trabalhar com a função de sustentar a família. O trabalho, que era por prazer, um reforçador positivo, passou a ser um reforçador negativo. Após o nascimento do primeiro filho, P2 necessitou dedicar-se integralmente aos seus cuidados e, nesse ínterim, ficou sabendo de outra gestação, desta vez não planejada.

Diante disso, pode-se supor que a presença desses eventos, somada à não-discriminação da aversividade deles e dos reais reforçadores para ela, produziu um padrão de comportamento de “cuidar dos outros” que estava sob controle de uma auto-regra de que “é certo ajudar os outros em detrimento de si mesma”. Esse padrão foi reforçado socialmente. A não-discriminação dos comportamentos e suas conseqüências aversivas resultaram em um baixo autoconhecimento, que, somado à vulnerabilidade biológica, poderia ter contribuído para o desencadeamento do câncer.

PARTICIPANTE 3 – P3

Dados de Identificação

Participante: Sexo feminino, 47 anos, nasceu no interior do Estado de São Paulo, é a 4ª filha de uma prole de cinco irmãos: dois do sexo masculino, de 60 e 39 anos, e três do sexo feminino, de 56 e 52, além da participante. Casada há 26 anos, possui dois filhos: um filho de 23 anos e uma filha de 19 anos. Estudou até o ensino médio (incompleto) e não trabalha atualmente. Até dezembro de 2005 era auxiliar administrativa de uma escola. Professora a

religião católica. Não possui história de câncer de mama na família e não se encontra na menopausa.

Marido: 49 anos, nasceu no interior do Estado de São Paulo, tem sete irmãos. Estudou até o ensino superior (incompleto). É aposentado pelo INSS e trabalha como motorista.

ANÁLISE COMPORTAMENTAL

O exame médico indicou que possivelmente a neoplasia maligna de mama tenha iniciado há aproximadamente oito anos, embora o diagnóstico tenha sido feito em janeiro de 2006. A partir dessa referência, os dados relevantes de sua história de vida nos últimos dez anos foram coletados e analisados.

Considerou-se importante para efeitos de análise: o relacionamento com os pais e irmãos, o relacionamento conjugal, o comportamento de ajudar os outros, a expressão de sentimentos e o trabalho.

Relacionamento com os Pais e Irmãos

Antecedentes:

- A. Necessidade de cuidados dos pais por problemas de saúde
- B. Discussões do irmão de P3 com a esposa e desta com os pais de P3
- C. Dívidas do irmão e da cunhada

Verbalizações que ilustram as situações em que P3 exibiu o comportamento de “cuidar dos pais”.

1) P3 - “A criação que eu tive do meu pai e minha mãe foi simples, mas a gente foi criado unido, a gente sente amor, um amor que meu marido não conheceu na criação que ele teve. Amor pro que der e vier. A gente é unido. Tanto que a minha mãe tem 81 anos e sai da casa dela pra vir na minha casa todos os dias, se arrastando, pra trazer um copo de água benta pra mim.”

2) P3 - “Se fosse relacionado aos meus pais, eu largava qualquer coisa e ia ver, se era ela (cunhada) aprontando alguma coisa pra eles.”

3) P3 - “Eu penso assim. Na vida inteira eu tive um irmão que dava muito trabalho pra minha mãe. Então, eu pegava os problemas dele pra não chegar no meu pai e na minha mãe. Eu tentava resolver os problemas de dívida. Pra você ter uma noção, ele foi até preso por dívida. Teve época que eu fiquei ‘entre a cruz e a espada’, entre minha família e meu marido. Meu marido não queria que eu fosse na casa da minha mãe.”

4) P3 - “Dependendo do que tivesse acontecendo, eu ia lá (casa dos pais) ver; dependendo do que eles iam falar pra mim, eu não ia. Se tivesse perto da hora do meu irmão chegar, por exemplo, eu não ia, deixava pra ele resolver. Quando era desmaio da minha mãe, porque discutia com a minha cunhada, aí eu ia correndo.”

5) P3 - “O que eu tinha na minha casa que estava sob controle foi descontrolando, eu fui meio que esquecendo. Às vezes eu ficava nervosa de ver as situações, e trazia isso pra minha casa. Eu não tinha mais a paciência que eu sempre tive. Não deixei de fazer as coisas da casa, mas deixei de fazer coisas para os meus filhos, meu marido, porque eles podiam fazer.”

6) P3 - “Quantas vezes eu acudi meus pais, e eu estava morta, com vontade de chorar, e não podia demonstrar pra eles. Eu ficava triste, arrasada. Não demonstrava, porque eu tinha que levar meus pais pra fazer controle de pressão no posto. Eles perguntavam se estava tudo bem, e não estava. Porque, se eu falasse que meu marido queria que eu ficasse em casa, me metesse menos na vida dos outros, ia piorar mais a situação deles ainda. Eles já estavam debilitados, cheios de problemas em casa, e ainda saber que não iam mais poder contar comigo? Eu preferia agüentar o meu marido do que deixar eles sem ajuda. Meus filhos nunca falaram nada, eles sempre ajudaram também.”

7) P3 - “Eu que corria pra baixo e pra cima com ele (pai). Inclusive, o dia em que ele morreu, eu tava trabalhando no encontro de casais. Ele mandou me chamar pra me ver, eu vim, mas não deu tempo, cheguei lá, ele já tava morto.”

8) P3 - “Na minha família inteira, praticamente tudo era eu. Nem que fosse a mínima opinião, tinha que ser eu, mesmo que eu demonstrasse cansaço às vezes. Desde até de comprar um calçado, uma roupa pras minhas sobrinhas que moram no sítio.”

9) P3 - “Meu irmão me pedia. A mulher dele era um terror, fútil, só pensava em roupas e sapatos. Ele pedia pra eu conversar com ela e falar do tanto de dinheiro que ele ganhava e que se gastava. Ele chegou até a perder um apartamento por dívidas dela. O que o meu pai tinha de economia ele dava pro meu irmão pra pagar as dívidas. Eu falava que ele não podia fazer isso, que ele tinha que dar a vara pra ele pescar e não dar o peixe. Porque, involuntariamente, ele estava dando pra ela. E ela tratava muito mal os meus pais, e eles moravam juntos. Eles tinham duas crianças pequenas que viraram o xodó dos meus pais. Eu falava que tinha que conversar com ela, que ela não podia ser daquele jeito, que tinha que mudar, onde já se viu perder um apartamento que já estava bonito, reformado. Eu mostrava as coisas pra ela.”

10) P3 - “Quando eu falava pro meu pai não pagar as dívidas dela (cunhada), ele falava: ‘Ai filha, eu nunca fui criado com cobrança na porta, sempre odiei isso’. Então a minha cunhada fazia dívida e a cobrança ia na porta, e ele (pai) pagava. Eu falava: ‘Pai, não é justo você pegar todas as suas economias, você já tem certa idade’. Eu também falava pra ela que era errado, mas...”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO X)

Conviveu com os pais até casar-se aos 21 anos e trabalhou para ajudar a família no mesmo local onde o pai trabalhava. Separou-se deles por um curto período de seis anos, comprou uma casa para que eles morassem perto da sua, e assim permanece até os dias de hoje.

Análise das consequências:

O comportamento de “cuidar dos pais” (levá-los ao hospital, dar medicamento, pedir que se acalmassem) estava sob controle de reforçadores positivos como atenção, afeto, amor (relato 1) e também de reforçadores negativos, pois, ao sair para socorrê-los, se livrava do evento aversivo de vê-los sofrendo pelas brigas com a nora ou por problemas de saúde (relatos 2 e 4).

A análise comportamental sugere que muitas vezes os comportamentos de “cuidar dos pais” tenham tido como consequência o alívio de sensações desagradáveis (ficava nervosa).

Os relatos indicaram que havia uma alta frequência de conflitos de fuga-esquiva porque, quando P3 deixava sua casa para ver os pais, seu marido ficava bravo (relato 6).

A classe de comportamentos de “cuidar dos pais” produziu consequências aversivas não discriminadas por P3, e seus comportamentos estavam sob controle da auto-regra de que “o bom filho deve fazer tudo pelos pais”.

Relacionamento Conjugal**Antecedentes:**

- A. Administração da casa: fazer compras, pagar contas, escolher passeios
- B. Não tomada de decisões do marido
- C. Reclamações do marido

Verbalizações que ilustram as situações em que P3 apresentou o comportamento de “tomar decisões” sem a participação do marido.

1) P3 - “Desde quando a gente casou, ele é uma pessoa muito dependente, não sabe tomar decisão sozinho. Ele (marido) não toma nenhuma decisão, é sempre eu.”

2) P3 - “A gente sempre foi muito apegado, tudo bem que eu carregando ele no ombro, mas... A gente trabalha na pastoral da paróquia e, sempre que alguém pergunta alguma coisa pra ele, ele manda perguntar pra mim. Sempre foi assim.”

3) P3 - “Eles (marido e filhos) podiam sair pra pagar uma conta, fazer um lanche. Porque muitas vezes eu saía pra levar minha mãe ao médico. Meu marido alegava que as minhas irmãs também poderiam fazer isso. Só que uma irmã mora em São Paulo. Esse irmão que morava junto trabalhava o dia todo, e tem mais duas irmãs que moram no sítio. Então não tinha como. Muitas vezes, ele (marido) falou: ‘Eu me arrependi de ter arrumado essa casa pra eles (pais) virem morar aqui perto da gente’. Na verdade, era pra gente cuidar deles mesmo, mas não sabia que o meu irmão ia casar e ia acontecer tudo isso.”

4) P3 - “Tinha vezes que ele (marido) ia também (na casa dos pais de P3). Não que ele não gostasse do meu pai, ele gostava. Só que ele achava que eles me exploravam, não sabiam fazer nada sem mim, o que ele mesmo também não sabia. Só que ele achava que ele sabia. Mas ele sabia que eu ia, porque desde quando nos casamos eu falei: ‘A partir do momento que você casou, a família ficou do lado, todo mundo discute quando casa, a gente não vai envolver a família na nossa vida, eu acho uma covardia colocar família no meio de discussão em casa entre marido e mulher’.”

5) P3 - “Muitas vezes, há uns dez anos, agora até que não, mas ele me colocava entre a cruz e a espada, entre ele e a minha família. Ele não dizia com essas palavras, mas queria dizer: ou eu ficava com ele, ou escolheria a minha família, porque a minha mãe mora na mesma rua que eu, e eu tinha um irmão casado, que agora não é mais casado, mas que dava muito problema para o meu pai e pra minha mãe. Então, pra tirar a carga deles, eu tentava ajudar. Eu que estava mais próxima ali. Muitas situações da minha vida meu marido me colocou ‘entre a cruz e a espada’. Ele é o tipo de pessoa que, se puder empurrar pra você o que é pra ele fazer, ele faz. Ele é uma pessoa

muito boa, mas sempre foi assim. Nunca tomou uma decisão. Ele não queria que eu me envolvesse com os problemas do meu irmão.”

6) P3 - “Sempre que a gente tinha uma crise, eu achava que ele era frio, porque colocar você entre a sua mãe e seu pai e ele (seu irmão) é uma situação difícil.”

7) P3 - “Ele (marido) falava que eu me metia muito na vida dos meus pais, dava a entender que, se eu não parasse com aquilo, nosso casamento ia acabar.”

8) P3 - “Ele (marido) queria que eu não fizesse nada. Chegou um dia que eu falei pra ele: ‘Eu não vou mais lá, não vou mais ver o problema’. Porque eu também tinha os meus filhos. Mas parece que, naquela semana, meu sobrinho vinha correndo chamar que meu pai ou a minha mãe estava passando mal. Como eu ia deixar? Meu pai era cardíaco e a minha mãe teve uns problemas na cabeça, umas células morreram na cabeça dela. Ela até fez tratamento, ela tinha uns “brancos” e caía. Aí essa cunhada minha fazia um ‘barraco’ na rua.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO X)

O comportamento de “tomar decisões” e “cuidar dos pais” foi estabelecido durante sua vida. Ele reapareceu no casamento e o padrão comportamental “tomar conta do marido” se justifica dessa forma.

Análise das conseqüências

O comportamento de “tomar decisões” (pagar as contas, escolher os passeios, responder pelo casal) estava sob controle de reforçadores positivos sociais como atenção (relatos 1 e 2) e também de reforçadores negativos, quando se sentia aliviada por não deixar que os pais (com problemas de saúde) piorassem.

A análise comportamental sugere que, muitas vezes, os comportamentos de “tomar decisões” tenham tido como consequência o alívio de sensações desagradáveis, como preocupar-se com a família.

Os relatos indicaram que havia uma alta frequência de conflitos de fuga-esquiva em que P3 tinha que escolher entre deixar de ver seus pais, quando apresentavam problemas, ou vê-los e obter como consequência as brigas com o marido (punição) (relatos 3, 5, 6, 7 e 8). Este conflito e as consequências aversivas de seus comportamentos não foram discriminados por P3.

Ajudar os outros

Antecedentes:

- A. Familiares com problemas
- B. Pessoas desconhecidas com problemas

Verbalizações que ilustram as situações em que P3.exibia o comportamento de “ajudar as pessoas”.

- 1) P3 - “Eu sempre fui uma pessoa.de correr com os outros, de acudir, não meço esforços pra ajudar. Eu sempre fui solidária com as pessoas.”
- 2) P3 - “Quando eu vejo que tem uma pessoa precisando de mim, eu não meço esforços pra ajudar as pessoas, eu faço tudo que precisa, mas tem certas situações que depois você desmonta.”
- 3) P3 - “Eu sempre fui de ajudar os outros, porque senão eu me sinto mal.”
- 4) P3 - “Quando eu vejo, eu já estou fazendo, eu não calculo se vai ter algum dano pra mim. Mas eu me sinto bem, porque eu pude ajudar, eu dei o melhor, eu fiz pra Deus e pra pessoa.”

5) P3 - “Eu acho assim. Se alguém me pedir alguma coisa e eu fizer por obrigação, mesmo que não me atrapalhe, se eu fizer por fazer, eu acho errado. Se eu falar que vou fazer, eu vou dar o meu melhor.”

6) P3 - “Corri muito com ela (filha). Quando ela tinha 8 anos, participou de um concurso, ganhou o concurso de garota propaganda. Era uma correria, tinha que ir pra São Paulo com ela direto pra gravar comercial, pra experimentar roupa, nossa, uma coisa totalmente estressante. A dona da agência falava que ela tinha teste todos os dias, daí ela escolhia os que pagavam mais, e tudo isso era do bolso da gente, tudo muito estressante. Até que um dia ela chegou e falou pra mim que não queria mais e pronto, eu respeitei. A rotina de ir a São Paulo durou uns dois anos. Era horrível. Eles ligam pra gente à noite pra você estar lá amanhã cedo. Foi cansativo, mas eu pensava nela, que ela gostava daquilo, talvez uma carreira pra ela. Então, quando ela não quis ir mais, eu deixei na mão dela, porque ela também tava sendo sacrificada na história, era um direito que ela tinha. Aí ela começou a fazer teatro na escola, gostou, eu respeitei.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO X)

O comportamento de “ajudar os outros” foi selecionado no decorrer de sua história, desde o relacionamento com seus pais e irmãos, marido, filhos, se estendendo às pessoas em geral.

Análise das conseqüências

A classe de comportamentos de “ajudar os outros” foi reforçada positivamente pelos elogios que recebia por seu desempenho e atitude. Também houve reforçamento negativo, pois se sentia aliviada quando cumpria a auto-regra “ajudar os outros é correto” (relatos 3 e 4).

A freqüência do comportamento de “ajudar os outros” aumentou ao longo de sua vida com alto custo de respostas, ou seja, P3 emitia esses comportamentos mesmo que eles estivessem acompanhados de

conseqüências punitivas, não havendo discriminação dessa relação por parte dela (relatos 1, 2 e 6).

Expressão de Sentimentos

Antecedentes:

- A. Discussões com o marido
- B. Preocupações com os pais

Verbalizações que ilustram as situações em que P3 apresenta o comportamento de “não demonstrar os sentimentos”.

1) P3 - “Quando meu marido discutia comigo por causa dos meus pais, eu estava morta, com vontade de chorar, e não podia demonstrar pra eles (pais). Eu ficava triste, arrasada.”

2) P3 Diante da solicitação de que falasse como havia lidado com as duas situações de aborto: “Eu sempre lidei bem, morta por dentro, mas não demonstrando isso pra ninguém. Demonstrar é ser histérica. Não sei se eu consegui ser forte, fiz tanto tempo de tratamento (depressão), não sei se eu me enganei. Eu tento enfrentar com frieza, mas tem uns momentos de choro, meio que deprimida, me senti frustrada”.

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO X)

Durante toda a sua vida, P3 não falava de seus pensamentos ou sentimentos (comportamentos encobertos) aos pais ou ao marido, para não preocupá-los.

Análise das conseqüências

O comportamento de “expressão de sentimentos” foi considerado inadequado por P3, como sinal de “fraqueza” ou “histeria” (auto-regra). Através dos relatos, pode-se dizer que há dificuldades em discriminar os comportamentos encobertos. Provavelmente essa classe de comportamentos

tenha sido punida ou pouco reforçada pela comunidade verbal no decorrer de sua vida.

Trabalho

Antecedentes:

- A. Muitos problemas familiares
- B. Necessidade de sair de casa

Verbalizações que ilustram as situações em que P3 exibiu o comportamento de “trabalhar”.

1) P3 - “Chegou um ponto na minha vida que eu cansei (de ajudar a família). Aí fui trabalhar na escola, no abrigo, o dia todo. Não dava muito tempo deles trazerem problema pra mim, mas, era eu entrar em casa, já tinha problema.”

2) P3 - “Quando eu trabalhava no abrigo, o serviço era pesado. Eu trabalhava no almoxarifado, tinha que carregar os pacotes grandes de comida. Mas eu gostava, gostava dos meninos, gostava de ouvir as histórias da vida deles. Eu pensava neles no caminho pra minha casa. Mas, quando eu chegava em casa, eu tinha tanta coisa pra fazer que não dava nem tempo de pensar.”

3) P3 - “Tem a situação de estresse que é trabalhar em uma secretaria de escol. No final de ano é um ‘perereco’. Você tem hora pra entrar, mas não tem hora pra sair. Era meio estressante, todos correndo por causa de notas, matrícula, mas eu gostava de trabalhar lá.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO X)

Iniciou o trabalho ainda na adolescência para ajudar a família, sendo o comportamento de trabalhar reforçado positivamente. Durante o período em que não teve trabalho remunerado, o comportamento de trabalhar foi

substituído pelo comportamento de “ajudar os outros”. Após algum tempo, voltou ao trabalho em busca do reforçamento positivo.

Análise das conseqüências

O comportamento de “trabalhar” produziu reforçadores positivos sociais, como a convivência com as pessoas (relatos 2 e 3), e foi reforçado negativamente por permitir que se livrasse dos problemas familiares (relato 1).

Esse comportamento, fosse ele voluntário ou remunerado, estava sob controle da auto-regra de que “a boa pessoa ajuda os outros”.

Análise da Relação entre Comportamento e Doença

O relacionamento com os pais e a família e o relacionamento conjugal são classes de comportamentos mantidas em sua maioria por reforçamento negativo, além de existir um grande número de contingências de conflito, pois “ajudar a família de origem” tem como conseqüência as brigas com o marido, e “deixar de ajudá-la” tem como conseqüência a piora da saúde dos pais ou a ausência de cuidados com os familiares.

A classe de comportamentos de “cuidar dos pais, do marido, dos familiares e ajudar os outros” refere-se a comportamentos de mesma função, que produzem reforçadores positivos, mesmo que tenham conseqüências aversivas não identificadas pela participante.

Diante do alto custo de respostas necessário para emitir tais comportamentos de “cuidar de tudo”, P3 não encontrou tempo para dedicar-se a si mesma e a suas necessidades (autocuidado). Além disso, diante das situações aversivas, P3 não as identificou, pois no decorrer de sua história talvez não tenha sido reforçada para isso, ou tenha sido punida por identificá-las.

A classe de comportamentos de “trabalhar”, embora tenha proporcionado reforçadores positivos, como no caso das outras classes de comportamentos citadas, também foi reforçada negativamente por permitir que P3 se livrasse dos problemas da família. Quando P3 não dispunha de

trabalho remunerado, foi trabalhar voluntariamente, emitindo comportamentos com a mesma função de “cuidar dos outros”.

Pode-se acrescentar que todos, ou a maioria, dos comportamentos emitidos por P3 estavam sob controle da auto-regra de que “uma boa pessoa ajuda os outros”, e a não-discriminação das conseqüências aversivas resultou em um baixo autoconhecimento que, somado à vulnerabilidade biológica, pode ter contribuído para o desencadeamento do câncer.

PARTICIPANTE 4 – P4

Dados de identificação

Participante: Sexo feminino, 43 anos, nasceu no interior do Estado de São Paulo. É a 1ª filha de seis irmãos, sendo dois do sexo masculino, de 38 e 36 anos, e quatro do sexo feminino, de 41 e gêmeas de 40 anos, além da participante. Casada há 22 anos, tem um filho de 4 anos. Coursou Assistência Social, fez pós-graduação e é empresária atualmente. Professa a religião católica. Não tem história de câncer de mama na família e não se encontra na menopausa.

Marido: 48 anos, nasceu no interior do Estado de São Paulo, tem uma irmã mais nova e um irmão falecido. Coursou o ensino superior (completo – engenharia) e é empresário atualmente.

ANÁLISE COMPORTAMENTAL

O exame médico indicou que possivelmente a neoplasia maligna de mama tenha iniciado há aproximadamente quatro anos, embora o diagnóstico tenha sido feito em abril de 2006. A partir dessa referência, os dados relevantes de sua história de vida nos últimos seis anos foram coletados e analisados.

Considerou-se importante para efeito de análise: a maternidade e o trabalho.

Maternidade

Antecedente:

A. Diagnóstico de infertilidade do marido

Verbalizações que ilustram que P4 apresentou o comportamento de “engravidar”.

1) P4 - “A gente não sabia o que significava ter um filho na vida da gente, o que é ser pai, ser mãe, o sentimento que envolve tudo isso. A gente supõe, e como já tinha sobrinhos, afilhados, não tinha falta de criança. As crianças dos outros acabavam até nos atrapalhando, porque a gente tinha que mudar o programa pra se adequar aos filhos do casal que ia sair com a gente. Então, não ter filhos era mais um motivo pra não ter problemas.”

2) P4 - “Como eu não esperava, fiquei pensando: ‘Estou grávida...’ Não sabia exatamente o que era estar grávida. A primeira coisa que eu pensei foi no remédio que eu tinha tomado pra regular a menstruação (medo de que tivesse prejudicado a criança). A festa foi maior com as pessoas. Meu marido ficou mais emocionado do que eu, ficou muito feliz. E eu fiquei meio abobada, não sei bem o que eu senti, meio passiva. Eu fui pegar o resultado achando que não tinha nada. A festa foi geral porque minha irmã achava que eu sempre quis e não conseguia, achavam que era meu sonho. Meu marido também ficou meio pasmado, me abraçou, mas também não sabia o que era ser pai.”

3) P4 - “Engravidar foi uma surpresa, eu não esperava, mas nunca fui tão paparicada na minha vida toda. Eu passei bem, não tive problemas, mas como eu já tinha 39 eu fiz um bom acompanhamento médico. Minha família me mimou tanto! Eles achavam que eu não ia ter filhos porque meu marido era estéril, mas a notícia foi a maior alegria pra eles.”

4) P4 - “Durante a gravidez não mudou nada, só o lado prático. Comecei a organizar a casa, o trabalho, comprar móveis, essas coisas. Porque, na verdade, é uma coisa que fica dentro da barriga, você não tem contato, parece que não é real. Mas aí eu curti muito. Quando já tinha a barriga, eu

conversava muito, meu marido contava histórias pra barriga e eu até dormia. A gente curtiu a gravidez. Todo mundo falava que eu estava linda, e a gente fica com a auto-estima duzentos por cento. Depois ele nasceu lindinho e aí teve o contato.”

5) P4 - “Eu fiquei contente. Foi tudo novo. Eu curti muito a gravidez. Fiz tudo, conversava com ele, planejava o que eu ia fazer pra ele, comprar quando ele nascesse. Até hoje nós (P4 e marido) cuidamos de tudo o que ele faz, as pessoas com quem ele convive, as coisas que ele assiste na TV, tudo tem que ser educativo.”

6) P4 No decorrer da gestação - “...A gente conversava tudo na teoria porque, se a gente soubesse como era antes, a gente teria feito milhares de tratamentos.”

7) P4 - “Essa coisa maravilhosa de gerar um filho é um processo teórico, porque você não sente muita coisa. Esse contato com seu filho é só de você pra ele, você não tem um retorno. Você vive um processo divino de gerar uma criança, mas você não tem o poder de manipular aquela situação, de conversar com o bebê, de ter respostas, não muda muita coisa. Não sei se é porque eu não tinha o sonho de gerar. O fato de você estar grávida não muda você. Você não pensa diferente. Era como se estivesse crescendo um lobinho de gordura, porque você não sente nada. Não tinha emoções extras. Não é a sensação de ficar flutuando, mas era muito interessante, depois sentir ele na barriga. Parece que as pessoas falam: ‘Estou maravilhada, estou gerando um filho’. Eu não tive isso. Não senti nada de diferente, só os incômodos de dormir de lado, colocar o travesseiro nas pernas por causa da coluna.”

8) P4 - “Eu sempre fui caseira. Nessa época eu gostava de ir ao shopping comprar coisas de bebê, eu me poupava, não ia a locais lotados, eu me preservava pra ele.”

Antecedente:

B. Nascimento do filho

Verbalizações que ilustram que P4 apresentava o comportamento de “cuidar do filho”.

9) P4 - “Até os dos 2 anos do S. (filho) eu parei de caminhar, por exemplo. Eu não tinha tempo, porque eu tinha que conciliar o meu horário com a empregada e o S. Era difícil. Eu trabalhava em casa enquanto ele dormia e a empregada cuidava da casa. Ela ajudava a cuidar dele, mas, se ele acordasse, eu tinha que parar de trabalhar para ficar com ele pra ela terminar as coisas da casa. Então eu precisava aproveitar os horários dele e as minhas coisas. Caminhada ou ir pra algum lugar assim foram ficando de lado. Quando a minha empregada pediu demissão pra olhar o neto dela, eu quase enfartei, porque foi quando o S. estava andando, tendo a independência dele (1 ano e 8 meses). Eu tinha que ficar olhando. Ela saiu e eu tive que voltar a ficar presa nos horários dele, logo quando eu pensei que ia poder retomar as minhas coisas. Eu estava começando a caminhar, voltar ao restaurante, aí fiquei na mão.”

10) P4 - “Minha vida pessoal mudou porque eu me dedicava ao trabalho, ao filho e um pouco ao marido. Tudo tinha que ser conforme a situação. Eu não podia caminhar mais, porque eu tinha que cuidar dele, amamentar. Eu me dedicava aos “outros”, e eu fui ficando. Logo quando eu ia me programar pra retomar o trabalho e a minha vida, a minha empregada pediu a conta. Ele (o filho) ia pra escolinha e eu ia ter a tarde toda livre pra fazer o que eu quisesse. Quando eu percebi que eu estava sufocada e encontrei o caminho pra sair, não deu certo, ela foi embora.”

11) P4 - “Em relação à mudança de vida antes e após o nascimento do filho, eu percebi quando ela (empregada) ia sair. Antes eu fui levando e nem pensava, não sentia tanto, eu estava curtindo muito o bebê. Hoje eu percebo o quanto eu me privei da minha liberdade. Quando ele tinha 1 ano e 8 meses, coloquei ele na escolinha e comecei a me dedicar mais ao trabalho. Nessa época, nós compramos uma loja de roupas, mas foi por pouco tempo. Não tinha nada a ver com o ramo de alimentação que a gente já trabalhava. Então vendemos logo. Demorou pra arrumar outra pessoa pra cuidar da casa. Eu

tinha que dividir. Parece que na hora em que eu senti necessidade de mudar a minha vida, de retomar, aí me cortaram (se referindo à saída da empregada), aí que eu me senti presa. Eu estou tendo que me adaptar até hoje. Está indo bem, mas aí, fiquei doente (câncer). Quando a minha empregada saiu, eu tinha planejado tanto ir pra praia, esperei ele (filho) começar a andar pra curtir, mas eu fiquei estressada, não aproveitei, fiquei o tempo todo atrás dele. Foi totalmente diferente das outras vezes em que eu lia, ia no mar a hora que dava vontade, comia quando tinha fome. Porque, nessa vez que eu levei ele, eu não queria que ele mudasse os horários, eu levava papinha, queria colocar ele pra dormir nos horários certos, fiquei em função dele. Tive até problemas de coluna nessa época. Acho que é meu ponto frágil. Ai comecei a ter que fazer tratamento de coluna, e o pouco tempo que eu fui adquirindo pra mim tive que ir cuidar da coluna, e depois comecei a vir aqui (hospital). Mas estou indo, vamos cuidar mais uma vez disso. Agora eu tenho parado pra ver meu filho crescer. Se eu ficar trabalhando muito ou ficar com ele e pensando que eu deveria estar fazendo alguma coisa do trabalho, eu vou perder a infância dele. Aí não tem mais volta.”

12) P4 - “Depois que ele (filho) nasceu, teve a falta de tempo pra ficar junto (com o marido), pra conversar. Ele é muito bom pai, apaixonado pelo filho. Se eu não estou com ele pra estar com o filho, está tudo bem. Ele não tem ciúmes, sempre me ajudou a cuidar dele, levantava de noite, porque eu tinha mais dificuldades pra dormir quando acordava. Só a falta de tempo, mas a gente se adaptou e continuamos bem. Já aconteceu de ter que desmarcar algum compromisso porque ele ficou doente, com febre, essas coisas de *criança*, mas nunca ouve cobrança. A gente se reveza e aproveita as horas que ele vai pra casa dos tios e avós pra gente ficar junto ou sair. A gente é meio caseiro, eu gosto de dançar, mas tem que ter disposição. Como a gente trabalha muito, nem sempre isso é possível.”

13) P4 Ao pedir para que alguém cuide de seu filho para sair com o marido - “Eu tenho uma dificuldade enorme de pedir as coisas para os outros. Eu fico mais à vontade quando eu sei que a pessoa gosta dele (filho). Eu uso o sentimento: ‘Vou te dar um presente hoje, você quer ficar com ele?’. Mas eu

não gosto de pedir. Eu não sou de dar muito, não me dedico muito às pessoas, então não gosto de ficar pedindo. Se me pedirem alguma coisa, eu faço correndo, não sei se é dificuldade de dizer 'não' ou eu reconheço a necessidade do outro. Mas eu não me ofereço muito, não estou solidária, ou ligada nos problemas dos outros. Eu não acho justo pedir ajuda, não quero atrapalhar.”

Antecedente:

C. Desnutrição do filho

Verbalizações que ilustram que P4 apresentava o comportamento de “cuidar do filho”

14) P4 - “Foi difícil porque eu amamentava e ele não engordava, ele teve desnutrição e eu tive que correr com ele para o médico. Esses quatro meses, eu só amamentava praticamente, porque ele não conseguia sugar o leite e demorava quase duas horas em cada mamada. Aí eu só tinha tempo de comer, tomar banho e já voltava pra ele. Ainda que ele dormia bem, aí eu descansava à noite. Foi dedicação integral. Quando ele dormia, eu também dormia, porque eu estava acabada. Por causa desse problema, eu fui a uma médica em São Paulo. Aí ela mandou dar leite de vaca, ele começou a mamar, engordar e começou a ficar um bebê lindo, maravilhoso. Já com quase 6 meses, começou a sentar.”

15) P4 Referindo-se a desnutrição do filho - “Foi cegueira da mãe, do pai, do médico, porque o leite que eu tinha era insuficiente, ele era bom, mas era pouco. Mas a gente foi se afundando nessa história. Nós três éramos fãs do leite materno. Ele era uma criança muito tranqüila, ele mamava muito tempo pra sugar o leite, depois ele dormia de cansaço e nunca chorava. Então a gente achava que estava tudo bem, que ele não sentia fome porque mamava e dormia. Só que ele começou a não engordar, só crescia e manteve mais ou menos o peso que nasceu até quase 2 meses. O médico não ficou preocupado porque ele crescia e não chorava. Mas no dia do batismo, caiu a minha ficha. Ele parecia um menininho da Etiópia, parecia um cadaverzinho,

magrinho e com os olhos fundos em relação às outras crianças. Ele tinha 3 meses e meio e não tinha engordado. Se a gente demorasse mais pra voltar pro médico, ele poderia ter alguma coisa mais séria, desnutrição mais grave. Mas foi uma cegueira, ele magrinho e a gente achando lindo. As pessoas de fora falavam que a gente devia trocar de médico, e a gente não queria. A gente tinha medo de ir pra outro e ele falar que tinha que parar de amamentar e dar outro leite. Só o médico errou? Como a gente não conseguiu enxergar uma coisa dessas? Com todo conhecimento que eu tinha, do peso da criança, eu lia, eu sabia. Parece que eu estava fora de mim. Eu enxergava ele daquele jeito ótimo. Eu tirava fotos como se estivesse tirando de um bebê saudável e gordinho. Eu achava maravilhoso e ainda mandava pela internet para os meus amigos.”

16) P4 - *“Fiquei assustada. O médico não pôs a mão e mandou fazer um exame e queria internar. Eu já estava na nutróloga cinco dias depois do batizado, de tão preocupada que eu fiquei. Eu percebi que, como eu tenho duas irmãs excepcionais, eu percebi que o médico que fez o relatório pra nutróloga pensou que ele pudesse ter algum problema por causa da lentidão pra mamar. Mas ela examinou ele todinho e viu que não tinha nada. Ela perguntou quanto tempo fazia que eu tinha amamentado. Já fazia tempo, era pra eu ter muito leite e não tinha, estava murcho. Aí ela falou que eu não tinha leite. Eu não sabia se eu chorava de alegria ou ... Se era só leite, a gente dava leite. Pensar em tudo que a gente tinha passado, pensava que ele poderia ter uma doença séria. Depois que mudou o leite, ele começou a engordar cem gramas por dia. O bebê estava murcho. Aí a gente começou a viver a parte de bebê, de recém-nascido.”*

17) P4 - “Essa semana foi trágica. Medo do que ele poderia ter. Seria por causa de ter demorado pra engravidar? Será que ele teria uma doença? Eu teria que aprender alguma coisa com isso? O que Deus queria dizer com aquela história? Mas o problema dele foi mascarado, ele crescia e a gente não percebeu antes.”

18) P4 Diante do diagnóstico da desnutrição do filho - “Parecia que eu estava quase desmaiando, de tão inerte que eu estava, pesarosa, preocupada, com

medo, sem energia. Mas foi uma semana entre desconfiar, descobrir e solucionar. Depois a família falava que tinha me avisado pra mudar de médico.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO XI)

P4 ajudou sua mãe a cuidar dos seis irmãos mais novos. Também conviveu com os sobrinhos e filhos de amigos. Após algum tempo de casada, descobriu que teria dificuldades para engravidar por infertilidade do marido e optou por não fazer tratamento, pois pensava não compensar o alto custo de respostas que ele exigiria. Doze anos depois, acaba engravidando inesperadamente e sua vida muda totalmente por causa da criança.

Análise das consequências:

O comportamento de “não engravidar”, diante da infertilidade do marido, era reforçado positivamente porque P4 podia se dedicar ao seu trabalho e a outras atividades como caminhada. O contato freqüente com crianças de familiares e de amigos reforçava a idéia de que “crianças dão trabalho”, daí o comportamento de P4 esquivar-se de ter filhos (relato 1).

O comportamento de “engravidar” proporcionou reforçadores positivos sociais, como atenção e afeto do marido e dos familiares (relatos 2, 3, 4, 5 e 6). A gravidez também promoveu comportamentos de auto-cuidado (relato 8).

P4 apresentou dificuldades de identificação dos sentimentos em relação à gestação. Em seus relatos descreveu opiniões conflituosas entre a “maravilha de estar grávida” um conceito social e o fato de “não sentir nada de diferente” nesse período (relato 7).

O comportamento de “cuidar do filho” após o nascimento teve um alto custo de resposta, visto que P4 teve que adequar seus horários de trabalho aos do bebê, organizar sua vida e deixar de fazer atividades que gostava, como caminhada. Esse alto custo só foi discriminado no momento em que a pessoa que a auxiliava em casa (empregada) teve que sair do emprego, quando a criança estava com 1 ano e meio. Diante desse fato, P4 relatou ter percebido que estava “presa” e “sufocada” por ter que viver em função do filho

(relatos 9, 10, 11, 12 e 13). A partir desse momento, P4 passou a envolver o filho em atividades com outras pessoas (familiares), com a finalidade de esquivar-se dos cuidados para com ele e assim ter tempo para cuidar de si mesma.

O comportamento de “cuidar do filho” diante dos problemas de desnutrição também teve um alto custo de respostas. Houve dificuldades de P4 em discriminar que o filho não apresentava desenvolvimento nutricional normal em decorrência da sua falta de leite e da não complementação alimentar (relatos 14 e 15).

Os comportamentos de P4 em relação ao filho estavam sob controle da auto-regra de que “ser uma boa mãe é fazer tudo pelo filho”.

Trabalho

Antecedente:

A. Não ter filhos

Verbalizações que ilustram as situações em que P4 “trabalhava em excesso”.

1) P4 - “Eu já tinha a padaria, o restaurante, e estava construindo a outra padaria. Eu tinha uma pessoa que cuidava da minha casa. Eu caminhava de manhã, depois ia trabalhar umas onze horas, dar uma olhada no restaurante. Depois do almoço eu trabalhava mais em casa, fazendo a parte financeira toda no computador. Eu revezava com a minha irmã as idas e vindas à padaria, restaurante. Foi um momento muito difícil da padaria nova, porque ela deu muito gasto e desgaste, custo alto da empresa porque funcionava de madrugada até a noite, cheia de funcionários e ar-condicionado, acabava dando prejuízo ou empatava no máximo. Depois que a gente fez não agüentamos muito tempo e vendemos, dava muito trabalho. Os clientes e funcionários eram muito exigentes. Não valia a pena, todo mundo trabalhava e não adiantava... Eu não tinha assim uma rotina de trabalho. Tinha dia que eu não saía de casa e ficava o dia todo até a noite no computador. Outros dias eu passava o dia na rua resolvendo um problema aqui e outro ali.”

Antecedente:

B. Gravidez

Verbalizações que ilustram que P4 apresentou o comportamento de “trabalhar durante a gravidez”.

2) P4 - “Como eu cuidava do restaurante, eu tive que me afastar porque o cheiro me fazia muito mal. Comecei a trabalhar mais em casa, mais a parte financeira, coisas de computador, e comecei a trabalhar mais porque como eu estava em casa, comecei a me achar na obrigação de fazer mais coisas pelo grupo. Eu não ia até o trabalho, então estava em casa, eu tinha que trabalhar mais. Acho que era insegurança, medo que eles pensassem que eu estava folgando, mas isso era comigo, eles nunca cobraram, eles tinham muito cuidado com a minha gravidez porque eu já tinha quase 40 anos.”

3) P4 - “No trabalho não mudou nada, porque eu trabalhava tanto que eu nem pensava. Não tinha tempo de sentir falta do outro tipo de trabalho. Eu sempre me adaptei bem. Quando eu trabalhava com gente, tudo bem. E se era mais em casa, no computador, era bom também. Eu acho que sou flexível pra isso. Meu trabalho continuou a mesma coisa durante a gravidez, só mudei de tarefa por causa do cheiro, mas eu estava muito bem fisicamente, continuei caminhando, não engordei mais que o necessário, me sentia bem, passeava, descansava, mas não foi difícil essa mudança.”

Antecedente:

C. Nascimento do filho

Verbalizações que ilustram que P4 apresentou o comportamento de “trabalhar após o nascimento do filho”.

4) P4 - “As coisas mudaram completamente. Eu tive quatro meses de licença, cortada bruscamente. Eu queria seis, e me deram quatro, porque eles não deram conta. Quando eles viram que eu já estava ótima... Mas eu assessorava meu marido em casa porque ele assumiu as minhas funções.”

5) P4 - “Estavam me poupando, mas esperando que eu voltasse logo. Eu voltei a trabalhar quando ele (filho) estava na escolinha. Mas no trabalho eu fiquei um pouco menos dedicada. Até que eu ficasse segura de que ele estava na escola, que estava tudo bem, eu não me dedicava totalmente ao trabalho.”

Correlação com eventos da história de vida (ver ANEXO XI)

Estudou e começou a trabalhar aos 21 anos. Antes de engravidar, o trabalho era priorizado na vida de P4 e era um reforçador positivo. No decorrer da gravidez, passou a trabalhar mais tempo (reforçador negativo). Após o nascimento do filho, teve licença-gestante, mas voltou antes que o prazo terminasse.

Análise das consequências:

O comportamento de “trabalhar” de P4 foi reforçado positivamente por seu desempenho e dedicação desde que começou, com 21 anos. Ao engravidar, as limitações impostas pela gestação (cuidados com a saúde, enjôos) fizeram com que ela alterasse sua função para serviços administrativos. Assim passou a trabalhar mais tempo para que os sócios “não a julgassem folgada”, o que na verdade era uma auto-regra sua de que “deve-se trabalhar muito”. Esse comportamento foi reforçado negativamente por cumprir a regra (relatos 2 e 3).

Após o nascimento do filho teve licença-gestante, em que se sentiu “poupada” pelos outros. Voltou ao trabalho depois de quatro meses como forma de esquivar-se dos cuidados com o filho e para novamente cumprir sua auto-regra (relato 5).

Análise da Relação entre Comportamento e Doença

No decorrer do casamento, antes de engravidar, P4 dispunha de grande número de reforçadores positivos em sua rotina ao lidar com o marido,

o trabalho e apresentar comportamentos de autocuidado e lazer. Ao engravidar, sua rotina começou a ser alterada, mudança que se concretizou com o nascimento do filho, situação em que P4 deixou de cuidar de si mesma e de ter atividades de lazer para dedicar-se integralmente aos cuidados com a criança e ao trabalho.

P4 apresentou-se com alto nível de exigência de desempenho tanto em relação ao trabalho como em relação aos cuidados com o filho. Essa classe de comportamentos foi guiada pelo cumprimento da auto-regra de que “as pessoas devem dar sempre o seu melhor nas tarefas que desempenham”.

Ao tentar conciliar o trabalho com a função da maternidade, o custo de resposta para seguir essa auto-regra aumentou, havendo dificuldades para que P4 discriminasse seus comportamentos encobertos e as conseqüências aversivas produzidas pelo seguimento da auto-regra.

Desta forma, a não-discriminação desses eventos, portanto o baixo autoconhecimento, somado à vulnerabilidade biológica, pode ter contribuído para o aparecimento do câncer.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como filosofia o Behaviorismo Radical e objetivou analisar as prováveis contingências a que mulheres portadoras de neoplasia maligna de mama estiveram expostas antes do início da doença. Os dados foram coletados através de seus relatos de eventos da vida.

A definição das classes de comportamentos relevantes foi feita pela inferência da pesquisadora, verificando-se as regularidades nas relações entre as respostas e o ambiente, através das informações obtidas pelo relato verbal.

Trata-se de um trabalho pioneiro dentro da Análise do Comportamento, em que foram relacionados dados históricos obtidos a partir de relato verbal ao início de uma doença como o câncer de mama.

Como participantes deste trabalho foram selecionadas apenas mulheres, em virtude da neoplasia maligna de mama acometer pessoas do sexo feminino em proporção de 100 casos para cada homem. Quanto ao critério idade, as participantes, que tinham entre 40 e 50 anos, se encaixam na faixa etária de maior prevalência da doença, apontada pelo INCA (2005) como sendo entre 40 e 60 anos.

A escolaridade variou entre as participantes desde ensino fundamental incompleto até pós-graduação, porém esse dado não foi levado em consideração para análise, pois não se mostrou relevante nos relatos.

Da mesma forma, o critério religião também não se mostrou significativo para a análise. Apesar de todas as participantes professarem uma fé, este dado não foi considerado para o estudo em questão, pois o comportamento religioso não surgiu como relevante nos relatos analisados.

Todas as participantes eram casadas e tinham filhos. O fato de ter filhos, segundo o INCA (2005), é um fator protetor do câncer de mama e por isso foi inserido como critério de inclusão.

Três participantes tinham uma ocupação atual, porém as questões de trabalho foram analisadas somente considerando-se a época do provável início da doença, em que se apresentaram como contingências significativas na vida das participantes.

Foram coletados dados a respeito do diagnóstico e comportamentos frente a ele, a fim de comparar as contingências atuais com as passadas.

As participantes do estudo faziam parte de uma lista de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório de oncologia de um hospital geral, e foram escolhidas levando-se em conta os dados dos prontuários médicos. As quatro primeiras a se encaixarem nos critérios de inclusão foram convidadas, e elas aceitaram participar da pesquisa.

A partir da análise comportamental realizada com cada participante, selecionaram-se para a discussão as classes de comportamento que se destacaram na história de vida de todas elas.

“Para se identificar a classe de respostas mais abrangente e significativa, às vezes é necessário prestar atenção às características físicas (topográficas) do comportamento, às vezes é necessário identificar funções comuns que comportamentos aparentemente diferentes possuem, outras vezes a indicação mais forte aparece pela regularidade das condições antecedentes” (Meyer, 2001, p. 31).

A P1 apresentou a perda de reforçadores positivos pela diminuição de contato com as filhas como um evento marcante em sua história de vida. Assim seu comportamento de cuidar das filhas entrou em um processo de extinção, o que fez com que ela buscasse novos reforçadores no trabalho fora de casa. Porém, os reforçadores obtidos através do trabalho não foram positivos, e sim negativos em sua maioria.

Segundo Skinner (1953/2003), o comportamento pode se extinguir por falta de uso, de reforço (desânimo) e de conseqüências, ou pela presença de punição. Se os comportamentos são extintos, há pouca variabilidade comportamental. O não-reforço pode levar a sentimentos como frustração ou raiva.

A classe de comportamentos de “discriminação” ou “expressão de sentimentos” pode ser analisada de acordo com cada participante, levando-se em conta as contingências em vigor na época do início da doença e contingências atuais relacionadas ao diagnóstico.

A P1, por exemplo, quando questionada a respeito do que havia sentido quando recebeu o diagnóstico, respondeu “nada”. Além disso, no decorrer de sua entrevista, ao relatar sua história de vida, disse que não havia

nada de muito triste ou muito alegre nela. Essas duas respostas são exemplos de que P1 não apresenta repertório de identificação de comportamentos encobertos.

A P2, ao passar por contingências aversivas e com alto custo de resposta como aborto, gestação de risco do primeiro filho, depressão do marido, dificuldades dele no trabalho, instabilidade financeira do casal, ter que sustentar a casa e, por fim, uma nova gravidez não planejada, apresentou dificuldades em relatar o que sentiu diante de cada situação, acrescentando que não conseguia ao menos pensar no que tinha passado. As perguntas feitas pela pesquisadora como estímulos discriminativos para relatos de sentimentos algumas vezes obtiveram como resposta “eu nunca tinha pensado nisso”, o que colaborou para a afirmação de que essa participante não desenvolveu um repertório de comportamentos de identificação de sentimentos no decorrer de sua vida.

A P3, quando questionada a respeito do que sentiu ao saber do diagnóstico, relatou ter se sentido “flutuando, sonhando, como se tivesse perdido o chão, acrescentando que não queria demonstrar reação alguma para não preocupar a filha. Apresentou também dificuldades de identificação de sentimentos verificada pelos seus relatos de que julgava ser “histeria” ou sinal de “fraqueza” expressar os sentimentos. Além disso, relatou não conversar com o marido ou com os pais sobre o quanto se sentia triste e preocupada com eles. Ao descrever contingências aversivas de sua história de vida não as identificou como tal.

A P4, por sua vez, ao receber a notícia de que estava com câncer de mama, disse ter se sentido tranqüila e confiante e que em momento algum teve medo. Em relação a sua história, quando nasceu seu filho, sua rotina foi alterada de maneira significativa. No entanto, ela só pôde dar-se conta de que se sentia “presa” por ter que planejar sua vida de acordo com a rotina do filho, quando ele já tinha quase do 2 anos e a sua auxiliar doméstica saiu do emprego.

Portanto, as quatro participantes do estudo demonstraram dificuldades na aprendizagem de um repertório de comportamentos de identificação e expressão de sentimentos. De acordo com a teoria da Análise do Comportamento, esse repertório não foi corretamente instalado pela

comunidade verbal, visto que os comportamentos de identificar e expressar sentimentos são de origem social e necessitam de reforçamento para que ocorram.

Segundo Skinner (1989/1991), o sentimento é um tipo de ação sensorial, o que se sente é uma condição corporal, um efeito colateral de um comportamento. As contingências verbais de reforçamento explicam o que um indivíduo descreve que sente ou observa introspectivamente.

Kerbauy (1998) apontou que a pessoa com dificuldades de expressão de sentimentos apresenta um déficit de aprendizagem, ou seja, ela não aprendeu a discriminar a diferença entre o físico e o emocional e nomear adequadamente os sentimentos. Talvez, em sua condição de vida, tenha sido mais aceito o relato de questões físicas e muito pouco ensinado e aceito o relato de emoção.

Baum (1999) afirmou que, do ponto de vista das circunstâncias públicas, os sentimentos e relatos a respeito deles surgem de uma história passada com circunstâncias semelhantes. Podem ser relacionadas direta ou indiretamente as experiências com os eventos filogeneticamente importantes. Às vezes sentimentos como o medo podem surgir da programação genética ou de uma situação que foi correlacionada com um evento filogeneticamente importante como um reforçador, punidor ou um estímulo incondicional.

Os resultados observados podem ser comparados com a afirmação de Walker, Nail e Crayle (1999) de que o aspecto comum entre as teorias que asseguram ter uma personalidade ou um funcionamento comum aos pacientes com câncer focam a dificuldade de expressão de sentimentos como ponto principal, considera-se nesse estudo a ausência de comportamentos de identificação ou discriminação de sentimentos.

Ao serem analisados os relatos dos comportamentos das participantes, percebeu-se que elas estavam sob controle de auto-regras rígidas.

A P1, ao cuidar das filhas, estava sob controle da auto-regra de que “uma boa mãe deve fazer tudo pelos filhos”. Assim, seu comportamento era direcionado à satisfação das filhas sem que houvesse discriminação por parte dela acerca das conseqüências aversivas que o acompanhavam.

A P2 demonstrou estar sob controle da mesma auto-regra de P1, porém ampliada para os cuidados com o marido.

A P3 encontrava-se sob controle da auto-regra de que “uma boa pessoa ajuda os outros”, estendendo seu comportamento de “ajudar os outros” aos filhos, marido, pais, familiares e até desconhecidos, sem que houvesse discriminação das conseqüências aversivas produzidas.

A P4 demonstrou ter grande parte de seu comportamento guiado pela auto-regra de que “a boa mãe faz tudo pelos filhos” e também de que “deve-se trabalhar muito”. Essas regras reforçaram a idéia de obter excelente desempenho em todas as tarefas.

Essas auto-regras de maneira geral contribuíram para que cada participante deixasse de ter comportamentos de autocuidado e colocasse suas necessidades em segundo plano, dando sempre prioridade às necessidades dos outros. As conseqüências aversivas dos comportamentos mantidos por essas auto-regras não foram discriminadas pelas participantes.

Em função da história de reforçamento já existente de ajudar os outros em detrimento de si mesmas, ainda que não houvesse a aprendizagem para identificar estímulos aversivos e para buscar reforçadores efetivos, esse padrão comportamental de ajudar os outros foi reforçado.

Segundo Meyer (2004), o controle verbal (regras) ocorre somente quando as contingências não verbais em vigor não estão exercendo controle discriminativo. As vantagens de se obedecer a regras são a obtenção de conseqüências reforçadoras sociais e naturais e a evitação de estímulos aversivos. No entanto, pessoas que seguem regras excessivamente são pouco capazes de discriminar e se comportar de acordo com as contingências naturais, apresentando pouca variabilidade comportamental.

Scott (1994) encontrou em seus estudos que parecem existir certos indivíduos mais vulneráveis a problemas psicológicos. Assinalou que os pacientes com câncer, por exemplo, teriam déficits na capacidade de adaptação a novas contingências por falta de discriminação, utilizavam-se de estratégias menos efetivas na solução de problemas, sendo pouco capazes de gerar estratégias alternativas.

Um indivíduo pode seguir regras não só pela conseqüência do comportamento, mas para livrar-se de ansiedade ou culpa por não segui-las, assim o comportamento de seguir as auto-regras é reforçado negativamente.

Sidman (1989/2003) afirmou que às vezes é difícil dizer se o controle é exercido por reforçamento positivo, negativo ou por ambos.

Através das análises, pôde-se notar que a maioria dos comportamentos de todas as participantes antes da época do desenvolvimento do câncer era mantida por reforçamento negativo. Embora muitos deles também resultassem em conseqüências reforçadoras positivas, as conseqüências aversivas dos comportamentos não eram discriminadas pelas participantes.

Cabe ressaltar que, se o reforçamento negativo é forte ou constante em um dado contexto, ele pode generalizar para outras situações da vida. A maioria dos comportamentos negativamente reforçados parece sustentada pela prevenção, em vez da cessação, dos “choques” da vida (esquiva) (Sidman, 1989/2003).

Conforme este autor, “o reforçamento negativo produz vidas de desespero, esmaga a engenhosidade e a produtividade, transforma a alegria em sofrimento, confiança em medo e amor em morte” (p. 231).

Laloni (2006) afirmou que contingências podem afetar o organismo em suas reações de imunidade, hormonais, neurovegetativas e metabólicas. Essas contingências afetam o comportamento dos músculos lisos e glândulas e o comportamento do indivíduo de maneira geral. Observa-se que classes de comportamento de evitação são acompanhadas de respostas neurovegetativas, assim pode-se supor que outros sistemas são afetados da mesma forma, indicando que comportamentos funcionalmente sob controle de reforçamento negativo produzem doença.

A não aprendizagem de discriminação das conseqüências aversivas de seus comportamentos, públicos e encobertos, a não aprendizagem de buscar reforçadores positivos para seus comportamentos e a presença de auto-regras rígidas cooperaram para um baixo autoconhecimento das participantes.

O autoconhecimento requer dois tipos de repertórios estabelecidos socialmente: a auto-observação, que é a observação do próprio comportamento, bem como as condições em que ele ocorre e as conseqüências que produz. Ela pode ser considerada, em parte, um comportamento pré-corrente do relato verbal sobre o próprio comportamento, sendo mantida e reforçada por contingências estabelecidas pela comunidade.

Em segundo lugar, essas contingências correm o risco de serem imprecisas pela dificuldade de acesso ao estímulo privado (Rose, 1999b).

O autoconhecimento é portanto complexo porque um indivíduo pode ignorar muitas coisas sobre si mesmo, comprometendo a precisão de seus relatos verbais. Quando esses relatos se tornam dados de pesquisa, as inferências que o pesquisador fizer a partir deles precisarão levar em conta essas limitações. A situação de entrevista pode eventualmente fornecer pistas que podem complementar o controle de estímulos impreciso exercido pelo comportamento no passado, o que resultaria em um relato mais acurado, porém não necessariamente verdadeiro. A situação de entrevista pode suplantar os estímulos produzidos pelo comportamento no controle sobre o relato verbal. Essas pistas podem atuar em conjunto com a história de reforçamento do indivíduo que o modele a dizer “o que o pesquisador quer ouvir” (Rose, 1999b).

Nesse estudo, as participantes demonstraram ter pouca discriminação do que ocorreu efetivamente em suas histórias de vida. Apesar de terem fornecido detalhes de eventos ocorridos há cerca de dez anos, não sabiam identificar as situações que os antecederam e as conseqüências de seus comportamentos, ainda menos quando eram aversivas, cabendo à pesquisadora fazer as interpretações e correlações dos eventos com os comportamentos.

Desenvolver o autoconhecimento e entrar em contato com os eventos privados é uma tarefa difícil porque a comunidade não tem acesso aos estímulos privados quando ensina o indivíduo a descrevê-los. Assim, existem dificuldades para se interpretar as informações, não por falta de estímulos discriminativos públicos, privados, passados ou presentes, mas por falta de uma história de reforço para a discriminação entre um relato verbal e outro. A falha na história de reforço se dá pela falta de “dicas” públicas para controlar o comportamento daqueles que poderiam reforçar o relato verbal correto (Baum, 1999).

Como citado anteriormente, os dados analisados nesse trabalho foram obtidos através de relatos verbais das participantes. O comportamento de relatar é um comportamento operante, modelado socialmente e, como tal, depende da história de aprendizagem de cada indivíduo. Assim, cada pessoa

desenvolve o repertório de relatar de acordo com as contingências a que esteve exposta. Os relatos de eventos de vida ocorridos há muito tempo, como é o caso dessa pesquisa, estão sujeitos à influência dessa história de aprendizagem e aos estímulos discriminativos e reforços apresentados pela pesquisadora.

Uma análise behaviorista não discute a utilidade prática dos relatos acerca do mundo interior, o qual é sentido e observado introspectivamente. Eles são pistas para o comportamento passado e as condições que o afetaram, para o comportamento atual e as condições que o afetam e para as condições relacionadas com o comportamento futuro (Skinner, 1974, p. 31).

Neme realizou um trabalho em 2005 visando identificar os indicadores de stress, de enfrentamento e de resiliência na história previa de 30 mulheres com câncer de mama, útero e ovário e 30 mulheres sem câncer ou outras patologias graves. Como resultados obtiveram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à importância atribuída aos eventos de stress relatados nas áreas da saúde, social/trabalho e família. As mulheres com câncer demonstraram uma avaliação negativa de cada uma dessas áreas de vida, utilização de mecanismos de fuga e evitação para lidar com os eventos de stress. A área familiar foi apontada como contendo maior número de situações de stress. Não foram encontradas diferenças entre a quantidade de eventos de stress entre os grupos, porém diferentes maneiras de lidar com ele. Este estudo sugere que padrões de comportamento mais positivos, otimistas, flexíveis e diretos de lidar com os problemas da vida possivelmente favoreceram adaptação mais saudável ao stress e o não aparecimento do câncer.

Os dados obtidos pela autora citada, apesar da metodologia de estudo empregada ter sido distinta e a abordagem teórica utilizada ter sido a Comportamental Cognitiva, colaboraram para os resultados deste trabalho, sugerindo uma maneira particular de lidar com os eventos de vida para as mulheres com câncer.

Da mesma forma, o padrão comportamental apresentado pelas quatro participantes desta pesquisa apoiou os resultados obtidos pelo estudo de Temoshok (1987) e Temoshok e Dreher (1992), que citaram características da

Personalidade Tipo C comuns entre as pessoas portadoras de câncer como: negar as experiências traumáticas, não ter crises de raiva, demonstrar amabilidade excessiva (e às vezes contrariada), ter dificuldades em reconhecer os conflitos, aparência relaxada, apresentar comportamento forçosamente harmonioso, dificuldades na auto-afirmação, desesperança, paciência desmedida (às vezes dissimulada), racionalidade contundente, inassertividade, pessoas que se focam nos outros e se esquecem de si mesmas e ter um rígido controle da expressão emocional. Esses pesquisadores consideraram que esse modo de reagir à vida e aos estressores psicossociais, associados à diminuição da imunocompetência orgânica, favoreceria o desenvolvimento do câncer.

O estudo citado descreve características de personalidade de indivíduos com propensão ao câncer. Porém, aspectos como os descritos acima apenas dizem respeito à topografia dos comportamentos e não a sua função. Essas características poderiam servir apenas como estímulos discriminativos para se investigar a função dos comportamentos.

Siebert (2006), em revisão da literatura, apontou características comuns às pessoas com Transtorno de Pânico como: déficit na auto-observação, na observação do ambiente ou de ambos, estando suas observações restritas às questões físicas.

Essa autora ressaltou a importância dos manuais de classificação de doenças, como o DSM-IV e o CID-10, para se construir uma linguagem comum entre os profissionais da saúde. Entretanto, as classificações são feitas pelas topografias dos comportamentos e não levam em conta suas funções e seu processo de aquisição, assim a classificação estruturalista do comportamento não serve para o analista de comportamento.

Meyer (2001) afirmou que “não existe instrumento pronto suficiente para fornecer a unidade de análise mais abrangente e relevante com que trabalhar” (p. 31). Testes e manuais de classificação não descrevem a função de um comportamento operante. Assim como esses instrumentos, os relatos de sentimentos e pensamentos servem como estímulos discriminativos do que se pretende investigar.

De acordo com Matos (1999a), “o comportamento é governado e modificado por associações adquiridas por experiência e mantidas por sua

unidade biológica (por sua função de sobrevivência e valor adaptativo)” (p. 10). Um comportamento estranho não pode ser chamado de *patológico* pelo analista comportamental, porque, se ele ocorre, de alguma maneira é funcional, tem um valor de sobrevivência. Desta forma, o estudo da função do comportamento distingue a prática do analista de comportamento de outras práticas em Psicologia que utilizam a descrição estrutural do comportamento, a qual se caracteriza pelo estudo da composição e organização de elementos de uma ação. O estudo da função diz respeito à utilidade biológica da ação. Cabe ressaltar que as análises estruturais e funcionais são complementares.

Portanto, neste trabalho foram consideradas as funções dos comportamentos das participantes e verificou-se um padrão comportamental comum, porém deve-se ter cuidado ao generalizar esses resultados para outras pessoas portadoras de câncer de mama, pois, sem a análise completa dos comportamentos, seus antecedentes e conseqüências, além de sua história de aprendizagem, a classificação seria indevida.

A partir das características identificadas em cada participante, evidenciou-se a necessidade de um acompanhamento psicológico após o término da coleta de dados para a pesquisa. Este acompanhamento foi oferecido a todas elas e incluiu como objetivo a adaptação ao tratamento, processo em que se encontravam no momento. As quatro participantes concordaram em submeter-se ao acompanhamento, porém uma delas, a P3 não compareceu aos encontros marcados, assim, seguiu-se a intervenção com as demais participantes com a média de 10 sessões quinzenais de aproximadamente uma hora cada.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo descrever as prováveis contingências relacionadas ao desenvolvimento do câncer de mama em quatro mulheres sem história da doença na família (mãe e/ou irmã). Para isso, realizou-se uma descrição da história pessoal e familiar de relacionamentos de cada participante, identificando-se, através de análise comportamental, quais foram as variáveis antecedentes e conseqüentes presentes na época do desenvolvimento da doença.

Ao final do estudo, procurou-se comparar as contingências de cada caso estudado, a fim de verificar se existia alguma regularidade entre elas. O aspectos comuns às participantes foram:

- ⇒ Presença de auto-regras rígidas reforçadas socialmente.
- ⇒ Comportamentos mantidos por reforçamento negativo.
- ⇒ Falta de repertório para identificação de comportamentos encobertos.
- ⇒ Falta de repertório para identificação de conseqüências aversivas dos comportamentos.
- ⇒ Baixo repertório de autoconhecimento.

Concluiu-se através desta pesquisa que o modo de reagir à vida e aos eventos aversivos utilizando-se das formas de comportamento citadas acima, associados à diminuição da imunocompetência orgânica, poderia contribuir para o desenvolvimento do câncer.

Pode-se apresentar como limitações da pesquisa o fato de ela ter se baseado em relatos verbais de eventos históricos, sujeitos a modificações no decorrer do tempo pelo processo de aprendizagem do indivíduo. A pesquisa foi desenvolvida considerando-se os relatos apresentados, sem levar em conta se se tratava de fatos verídicos ou não, pois o importante foi a versão dada pela participante a respeito de sua história de vida.

Como contribuição à abordagem Comportamental, sugere-se que identificar padrões de comportamento possivelmente relacionados ao desenvolvimento de determinadas doenças ou descrições do comportamento, poderiam indicar estímulos discriminativos para a investigação das funções do comportamento e da doença na vida do indivíduo.

Este trabalho pretendeu servir como incentivo para que outras pesquisas sejam feitas na área da Análise do Comportamento relacionando as contingências anteriores ao desenvolvimento de doenças. É importante lembrar que há uma carência desse tipo de estudo na abordagem, pois pouco ainda foi descrito na literatura a respeito da relação entre contingências e doenças.

Grandes lacunas são encontradas quando se fala de agentes desencadeadores da doença oncológica e, em especial, o câncer de mama. Talvez por isso seja difícil responder por que o mesmo tratamento não tem efeito semelhante em pacientes com diagnóstico e prognóstico similares e que atravessam a mesma fase da doença.

A descrição das prováveis contingências anteriores ao desenvolvimento do câncer de mama poderia contribuir para projetos de prevenção da doença, à medida que as campanhas se mostrariam mais abrangentes quando citassem o estilo de vida como fator de risco.

REFERÊNCIAS

- Alberts, B. Bray, D. Lewis, J. Ralf, M. Roberts, K. & Watson, J. D. (1997). *Biologia molecular da célula*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbosa, A (2003). *Câncer direito e cidadania: Como a lei pode beneficiar os pacientes e seus familiares*. São Paulo: Arx.
- Baum, W. M. (1999). M. T. A. Silva, M. A. Matos & G. Y. Tomanari (trad.) *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Carlson, N. R. (2002). *Fisiologia do comportamento*. 7ª ed. São Paulo: Manole.
- Carvalho, M. M. M. J. (ed.) (2003). *Introdução á psicocolgia*. Campinas/SP: Livro Pleno.
- Cerqueira, A. T. A. R. (2000) O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? *In* R. R. Kerbauy (org). *Sobre comportamento e cognição*. V. (pp. 279-89). Santo André: SET.
- Costa, C. E. Luzia, J. C. & Sant'anna, H. H. N. (orgs). (2003). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*. Santo André/SP: ESETec.
- Costa, S. E. G. & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análises funcionais do comportamento. *Estudos de Psicologia PUC-Campinas*. *IXX* (3) 43-54.
- Ferrari, C. & Herzberg, V. (s.d.). *Tenho câncer, e agora? Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.

- Follette, W. C. Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. N. (1999). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis *in* M. J. Dougher (ed.). *Clinical behavior analysis*. Estados Unidos, Nevada: Context Press.
- Grassi, L. Rossi, E. Sabato, S. Cruciani, G. & Zambelli, M. (2004). Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*, XLV (6) 483-91.
- Haagedoorn, E. M. L., Oldhoff, I, Bender, W, Clarke, W. D. & Sleijfer, D. (2000). *Oncologia básica para profissionais de saúde*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Hackel, C. (2002). A história do câncer em direção à cura. *Hands*, X [on line]. Disponível em: <http://www.daycare.com.br/index.asp>
- Húbner, M. M. C. (1999). O que é comportamento verbal? *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*.(pp.135-7). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. (2005). *Manual do Instituto Nacional do Câncer: Câncer de mama*. [on line]. Disponível em: <http://www.cancerdemama.org.br/ocancer.htm>
- Iwamitsu, Y. Shimoda, K. Abe, H. Tani, T. Kodama, M. & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, LVII (3) 289-94.
- Jonas, A. L. (1999) O que é auto-regra? *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 144-7). Santo André/SP: ARBytes Editora.

- Kerbaux, R. R. (1998). Medicina comportamental *in* B. Rangé (ed.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (pp 209-19). 2ª ed. Campinas/SP: Editorial Psy II.
- Kligerman, J. (2000). Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, XLVI (2) (editorial).
- Kligerman, J. (2001). Câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, XLVII (1) 9-19.
- Kligerman, J. (2002). Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, XLVIII (2) 175-79.
- Laloni, D. T. (2006). Comportamento e saúde: Vulnerabilidade biológica. In: H. J. Guilhardi & N. C. de Aguirre. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. XVI. Santo André/SP: ESETeC.
- Leshan, L. (1989/1992). D. Bolanho (trad). *O câncer como ponto de mutação*. 3ª ed. São Paulo: Summus Editorial.
- Lilberg, K. Verkasalo, P. K. Kaprio, J. Helenius, H. & Koskenyö, M. (2002). Personality characteristics and the risk of breast cancer: A prospective cohort study. *J. Cancer* 100, 361-66.
- Lundin, R. W. (1969/1977). R. R. Kerbaux & L. O. S. Queiroz (trad). *Personalidade: Uma análise do comportamento*. São Paulo: E.P.U.
- Malerbi, F. E. K. (1999). Eventos privados: o sujeito faz parte de seu ambiente? : *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. (pp. 243-56). Santo André/SP: ARBytes Editora.

- Malott, R. W. Whaley, D. L. & Malott, M. E. (1997). Research methods *in* Malott, R. W. Whaley, D. L. & Malott, M. E. (eds.) *Elementary principles of behavior*. (pp 429-48). New Jersey: Prentice-Hall.
- Matos, M. A. (1999a). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas XVI (3) 8-18.
- Matos M. A. (1999b). Com o que o behaviorismo radical trabalha: *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. (pp. 45-53). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- Meyer, S. B. (2001). O conceito de análise funcional. *in* M. Delitti (org.). *Sobre comportamento e cognição. II*. (pp. 29-34). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- Meyer, S. B. (2004). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. *In* J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (eds.). *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. (pp. 211-27). Porto Alegre: Artmed
- Miyazaki, M. C. O. S & Amaral, V. L. A. R. (1998). Instituições de saúde *in* B. Range. (ed.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (pp 235-43). 2ª ed. Campinas/SP: Editorial Psy II.
- Neme, C. M. B. (2005). *Stress, enfrentamento e resiliência na história de mulheres com câncer e sem câncer*. Pós-Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas/SP
- Paiva, C. E. Ribeiro, B. S. Godinho, A. A. Meirelles, R. S. P. Silva, E. V. G. Marques, G. D. & Rossini, O. Jr. (2002) Fatores de risco para câncer de mama em juiz de fora (MG): Um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, XLVIII (2) 231-37.

- Ramirez, A. T. Craig, T. K. J. & Watson, J. P. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *Br. Med.* 298, 291-3.
- Rose, J. C. C. (1999a). O que é comportamento? : *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.* (pp. 79-81). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- Rose, J. C. C. (1999b). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: Contribuições conceituais e experimentais *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.* (pp. 148-63). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- Rosenman, R. H. (1990). Type A behavior pattern: A personal overview. *Journal of Social Behavior and Personality.* V (1). 1-24.
- Rubin, F. (ed.) (1977). A. C. Pinto Junior (trad.). *Manual de oncologia clínica: Aspectos multidisciplinares.* 4^a ed. Sao Paulo: Sarvier.
- Scott, J (1994). Pacientes com câncer. *In:* Scott, J. Willians, J. M. G. & Beck, A. T. (eds.). *Terapia cognitiva na prática clínica.* (pp.125-54). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sério, T. M. A. P (1999). A concepção de homem e a busca de autoconhecimento: Onde está o problema? *in* R. A. Banaco (org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.* (pp. 209-18). Santo André/SP: ARBytes Editora.
- Sidman, M. (1989/2003). M. A. Andery & T. M. Sério (trad.) *Coerção e suas implicações.* Campinas/SP: Livro Pleno.

- Siebert, G. (2006). *Transtorno de pânico: Investigação sobre alterações de relato em terapia Analítico-Comportamental*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP), Campinas/SP.
- Skinner, B. F. (1953/2003). J. C. Todorov & R. Azzi (trad.) *Ciência e comportamento humano*. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Skinner, B. F. (1989/1991) A. L. Néri (trad.). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas/SP: Papyrus Editora.
- Sturmey, P. (1996), *Functional analysis in clinical psychology*. Great Britain, Inglaterra, Briddles Ltd.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surv*, 6:3, 545-67.
- Temoshok, L. & Dreher, H. (1992). *The Type C Connection: The behavioral links to cancer and your health* [on line]. New York: Random House. Disponível em <http://primal-page.com/typec.htm>
- Varella, D. (2004). *Por um fio*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Walker, B. L. Nail, L. M. & Crayle, R. T. (1999). Does emotional expression make a difference in reactions to breast cancer? *Oncol Nurs Forum* XXVI (6) 1025-32.
- Welm, A. L. (2003). American Association for Cancer Research: Special conference: Advances in breast cancer research – genetics, biology and clinical implications. Huntington Beach, California, USA. *Breast Cancer Research*, VI (1) 8-12.

Anexos

ANEXO I

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPANTE

A pesquisa da qual você irá participar buscará investigar os comportamentos comuns às pessoas portadoras de câncer antes do início da doença. Ela será conduzida pela psicóloga e estudante de pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCAMP, Marcela Fileti, para sua dissertação de mestrado, sob orientação da professora D^{ra} Diana Tosello Laloni.

A sua participação consistirá em responder à pesquisadora um questionário contendo dados gerais como idade, escolaridade, ocupação atual e dados sobre sua história de vida e comportamentos relacionados à doença (câncer).

Às participantes desta pesquisa ficam assegurados o sigilo e o anonimato.

Será utilizado um gravador durante a entrevista para registrar as informações com maior fidedignidade. No entanto, seu nome não será mencionado. Os resultados serão considerados em grupo e poderão ser divulgados em eventos e revistas científicas com a finalidade de ampliar o conhecimento. Sua participação é totalmente voluntária, por isso você tem o direito de interrompê-la quando desejar, sem qualquer prejuízo do tratamento médico.

Caso haja necessidade, após o término do estudo, será oferecido gratuitamente um atendimento psicológico com a pesquisadora. Ao final da pesquisa, você poderá obter o conhecimento dos resultados se quiser. Preencha, por favor, abaixo:

Eu _____ (nome completo em letra de fôrma), portadora do RG _____, declaro que fui informada sobre a pesquisa e autorizo a minha participação. Admito ter a idade mínima de 18 anos.

Você está recebendo uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora, juntamente com a sua assinatura.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Mogi Guaçu, ____ de _____ de 200____

Projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, telefone: (19) 3729-6808.

Telefone da pesquisadora: (19) 3861-5384

ANEXO II

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O MÉDICO

A pesquisa da qual você irá participar buscará investigar os comportamentos comuns às pessoas portadoras de câncer antes do início da doença. Ela será conduzida pela psicóloga e estudante de pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCamp, Marcela Fileti, para sua dissertação de mestrado sob orientação da professora D^{ra} Diana Tosello Laloni.

A sua participação consistirá em fornecer à pesquisadora dados a respeito do desenvolvimento, estágio atual e tipo de câncer dos participantes do estudo, quando estes estiverem sob sua responsabilidade em acompanhamento médico.

Aos participantes desta pesquisa ficam assegurados o sigilo e o anonimato. A sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento da pesquisa. Todos os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Ao final da pesquisa, você poderá ter acesso aos resultados se assim o desejar. Preencha, por favor, abaixo:

Eu _____ (nome completo em letra de fôrma), CRM nº. _____, declaro que fui informado (a) sobre a pesquisa e concordo com a minha participação.

Você está recebendo uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora, juntamente com a sua assinatura.

 Assinatura do (a) participante
 pesquisadora

Assinatura da

Mogi Guaçu, ____ de _____ de 200 ____

Projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, telefone: (19) 3729-6808.

Telefone da pesquisadora: (19) 3861-5384

ANEXO III

ROTEIRO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DA DOENÇA

Dados de Identificação

Iniciais:.....

Sexo: feminino

Data de nascimento:...../...../..... Idade:.....anos

Escolaridade:

Analfabeto ()

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

Superior incompleto ()

Superior completo ()

Ocupação

atual:.....

Estado civil: Solteira ()

Casada ()

Divorciada/separada ()

Viúva ()

Dados de Identificação do marido: Idade_____, local de
nascimento_____, quantos irmãos possui_____,
escolaridade_____e trabalho atual_____

Filhos

(sexo/idade).....

Religião:.....

..

Pessoas que moram na mesma casa:

.....

.....

Dados da Doença

Diagnóstico clínico:.....CID-10.....

Data do diagnóstico:...../...../.....

Data provável do início da doença...../...../.....

Estágio da doença: tumor local () regional () metástase ()

Tratamento

Cirurgia: Sim () Não ()

Retirada do tumor () quadrante () mama ()

Quimioterapia: Sim () Não ()
Radioterapia: Sim () Não ()
Hormonioterapia: Sim () Não ()

Encontra-se atualmente na menopausa? Sim () Não ()

Doença oncológica na família (em quais membros):.....

Comportamento frente ao diagnóstico

1. Que tipo de câncer você tem?
2. Quando recebeu o diagnóstico?
3. De quem recebeu o diagnóstico?
4. O que você sentiu quando recebeu o diagnóstico?
5. O que você fez?
6. O que você pensou no momento do diagnóstico?
7. O que você fez?

ROTEIRO DE ENTREVISTA CLÍNICA PARA A PARTICIPANTE

Dados de história pessoal e familiar

1. Você ficou sabendo do diagnóstico em ___/____, mas a doença teve início antes disso. O que aconteceu na sua vida antes do aparecimento da doença?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O MÉDICO ONCOLOGISTA

1. Com base no diagnóstico do tumor da participante, há quanto tempo você supõe que ele teve início?

CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Diretor Clínico do Hospital São Francisco S/C Ltda., CNPJ 54.672.449/0001-25, abaixo assinado, estou ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada *Análise Funcional dos Comportamentos Relevantes em Pacientes com Câncer de Mama*, que será desenvolvida pela psicóloga e mestranda da PUC-Campinas, Marcela Fileti (CRP: 06/75079), com orientação da D^{ra}. Diana Tosello Laloni. Estou também ciente de que se trata de uma pesquisa que tem por finalidade a descrição e análise dos comportamentos possivelmente associados ao desenvolvimento do câncer de mama.

Autorizo também a utilização dos prontuários dos participantes.

Estou informado de que aos participantes desta pesquisa ficarão assegurados o sigilo e o anonimato. Todos os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Agradeço atentamente,

Mogi Guaçu, ____ de _____ de 200 ____

Vilson Fileti

CRM:

Marcela Fileti

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas: (19) 3729-6808

ANEXO VII

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO
PRONTUÁRIO***

(para a pesquisadora)

A presente pesquisa consiste na investigação dos comportamentos comuns às mulheres portadoras de câncer de mama antes do início da doença. Ela será conduzida pela psicóloga e estudante de pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCAMP, Marcela Fileti, para sua dissertação de mestrado, sob orientação da professora D^{ra} Diana Tosello Laloni.

O procedimento constará da realização de entrevistas com as pacientes com câncer de mama e consulta aos seus respectivos médicos para a obtenção de dados clínicos de diagnóstico, situação atual e época provável do desenvolvimento da doença.

Para selecionar as participantes do estudo, a pesquisadora terá necessidade de consultar os prontuários, a fim de verificar quais as pacientes atendidas pelo ambulatório de oncologia que se encaixam nos critérios de inclusão da pesquisa.

Aos participantes deste estudo ficam assegurados o sigilo e o anonimato. Todos os dados coletados nos prontuários serão utilizados exclusivamente para fins científicos, podendo ser divulgados em eventos e revistas científicas com o objetivo de ampliar o conhecimento.

Eu _____, RG _____, declaro que estou ciente dos critérios de ética e sigilo profissional requeridos para o acesso aos prontuários médicos das participantes desta pesquisa, assim como para a publicação dos resultados obtidos.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do responsável

Mogi Guaçu, ____ de _____ de 200 ____

* Este documento tem cópia para o responsável pela instituição e para a pesquisadora
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas: (19) 3729-6808

ANEXO VIII

P1 - Resumo da História de Vida

P1 vivia com os pais e os irmãos no interior de Santa Catarina. Segundo seu relato, eram pobres e algumas vezes faltavam mantimentos, dinheiro para roupas e material escolar. Começou a trabalhar como empregada doméstica e babá aos 10 anos para ajudar no sustento da casa, tal como faziam suas irmãs mais velhas. P1 via no trabalho fora de casa a oportunidade de usufruir de recursos que ela não teria acesso através de sua família, como ver televisão, comer alguns tipos de alimentos industrializados e brincar com as crianças da casa onde trabalhava.

Seu pai era caminhoneiro e permanecia meses longe de casa. Sua mãe era responsável pelos cuidados dos filhos e não trabalhava na época em que P1 nasceu porque tinha reumatismo e dores no corpo por ter trabalhado na roça quando jovem. A família não dispunha de recursos financeiros para prover tratamento médico à mãe.

Relatou que seu pai era ausente, exigente e não tinha um bom contato com os filhos, não havia diálogo entre eles, não os deixava sair, nunca reconheceu o que os filhos fizeram para ajudar a família. Relatou que sua mãe sempre fizera de tudo pelos filhos, criando-os praticamente sozinha. O pai tem atualmente 80 anos e a mãe, 72 anos.

Aos 14 anos, foi morar em uma cidade do interior de São Paulo com toda a família, pois o pai decidiu que ficariam mais perto das cidades onde ele trabalhava. Relatou que se mudaram de repente e não houve tempo para ajuntar os poucos objetos que tinham, nem mesmo roupas. Dois anos após a mudança, o pai passou a morar em outra cidade, não vivendo mais com a família, segundo ele, em virtude do trabalho. Nessa época, o pai acabou constituindo uma outra família.

Logo que se mudou, arrumou emprego em uma fábrica de calçados e interrompeu os estudos. Aos 18 anos, era responsável pelo sustento da casa juntamente com o irmão – os demais irmãos estavam desempregados.

Durante a adolescência, não saía com frequência porque trabalhava e o pai, quando presente, não deixava. Aproveitava para passear quando o pai não estava em casa, tinha amigos e teve seu primeiro namorado aos 14 anos.

Aos 20 anos, mudou-se novamente para outra cidade do interior de São Paulo, onde logo arrumou emprego em uma fábrica de papéis. Nessa época, os demais irmãos conseguiram trabalho e a condição financeira da família melhorou.

Conheceu o marido na fábrica de papéis aos 25 anos e casou-se com 27. Relatou que até o dia em que se casou sua preocupação era sustentar a casa.

Após o casamento, a fábrica a despediu do emprego (como sempre acontecia com as mulheres que se casavam) e o marido permaneceu nesse emprego por mais sete anos.

Engravidou após três meses do casamento porque se sentia sozinha quando o marido trabalhava à noite. A gestação correu normalmente e o bebê nasceu saudável. Após dois anos e meio, engravidou novamente por decisão do casal. A segunda gestação também correu sem problemas.

Com o nascimento da segunda filha, a primeira passou a exigir mais cuidados e atenção da mãe, porém logo passou a ajudar a cuidar da irmã. P1 cuidava da casa, trabalhava fazendo crochê, bolos e bijuterias para vender e cuidava das filhas. O dinheiro ganho era usado para comprar roupas ou objetos para as filhas, para passeio da família e pagamento de algumas contas da casa. Quando o marido estava em casa, costumavam sair juntos para passear.

P1 voltou a trabalhar fora de casa como cozinheira quando a filha mais nova estava com 9 anos e a mais velha, com 12. O marido havia saído da fábrica de papéis e trabalhava com contratos temporários – assim, nem sempre o dinheiro recebido era suficiente para a família. Relatou que voltou a trabalhar também porque se sentia útil e tinha seu dinheiro, além de poder ver pessoas e conversar.

Dentre alguns empregos, o de maior duração foi em uma escola em que trabalhou por seis anos (1998 a 2004) como faxineira. Relatou que o trabalho era bom, mas era difícil lidar com a proprietária da escola, pois ela controlava a todo o momento as funções dos empregados e muitas vezes os humilhava. Além disso, P1 não tinha permissão para faltar do trabalho para ir a médicos e fazia horas extras sem receber por isso. P1 foi despedida do trabalho e acredita que o fato ocorreu porque ela muitas vezes não respeitava

as ordens da proprietária, comunicava que iria sair mais cedo e faltava para ir a médicos em consultas de rotina. Comentou que o dinheiro que recebia era importante para ajudar nas contas da casa, mas que se sentiu aliviada por ter deixado o emprego.

Após esse emprego, trabalhou como cozinheira em outros estabelecimentos até saber do diagnóstico de câncer de mama, quando se afastou. Atualmente P1 vende produtos cosméticos e roupas para obter seu dinheiro.

Desde quando P1 voltou a trabalhar fora de casa, ela, o marido e, posteriormente, as filhas – que começaram a trabalhar com 16 anos – dividem as contas da casa e todo dinheiro restante é compartilhado entre eles. Porém, o maior responsável pelo sustento da casa é o marido de P1.

Relatou que em sua história de vida não havia nada de muito alegre ou muito triste, pois tudo era normal. Mas que, se tem algum problema, costuma pedir ajuda às pessoas e que, se sente vontade de chorar, o faz e depois reage e pensa na situação. Pensa no marido e nas filhas, que lhe dão coragem para enfrentar os problemas.

Resumo da História da Doença

A neoplasia maligna de mama foi diagnosticada em fevereiro de 2006. Submeteu-se à cirurgia (mastectomia) em março de 2006 e ao tratamento quimioterápico a partir de abril do mesmo ano.

Diante da notícia do diagnóstico de câncer de mama dada pelo médico, relatou não ter sentido nada e que precisava mostrar-se forte no momento para encorajar a filha que a acompanhava na ocasião da consulta. Ao receber o diagnóstico, pensou na família, e quando chegou em casa contou ao marido e à outra filha sobre a doença.

ANEXO IX

P2 - Resumo da História de Vida

P2 morava na zona rural da cidade onde nasceu com os pais e os irmãos. Trabalhou na roça desde os 6 anos para ajudar os pais, conforme fizeram seus irmãos. Com 10 anos foi para o interior de São Paulo com a família a fim de buscarem melhores condições de vida. Com 12 anos, trabalhou em uma casa de família.

Cursou o ensino fundamental completo. Com 15 anos, começou a trabalhar em uma fábrica de sapatos para ajudar a sustentar os irmãos e para ter seu próprio dinheiro.

Fez curso de cabeleireira, que era seu sonho. Com 23 anos, ainda trabalhando na fábrica de sapatos, iniciou-se na profissão de cabeleireira em um salão de beleza aberto pela irmã na época.

Mais tarde, com 25 anos, saiu da empresa onde trabalhava para se dedicar somente à profissão que escolhera, atividade que realiza até os dias de hoje.

Casou-se com 27 anos e não planejava ter filhos, pois julgava difícil cuidar e educar. Relatou que desejava continuar trabalhando e que não se sentia preparada para ser mãe. Mas, após dois anos de casamento, P2 e o marido resolveram ter um filho e ela engravidou. Com dois meses de gestação, houve um aborto espontâneo. Imediatamente após esse episódio, P2 decidira não ter mais filhos. Porém, sabendo que seu marido se agradaria da idéia de ser pai e tendo refletido sobre um casamento sem filhos, além da possibilidade de desgaste da relação, decidiu engravidar novamente.

Passados sete meses do aborto, P2 engravidou. Desde o casamento até essa época, o marido era proprietário de um estabelecimento bem-sucedido, o que permitia que vivessem bem financeiramente, sem que precisassem recorrer ao dinheiro de P2 para sustentar a casa. Durante o quarto mês de gestação, o marido vendeu seu estabelecimento para trabalhar em sociedade com o pai dele. A partir daí, aconteceram muitas discussões entre pai e filho e havia necessidade de trabalhar muito para pagarem os gastos do novo empreendimento. Além disso, também pagavam consórcio de um carro. Diante dessa situação, P2 passava os finais de semana e feriados trabalhando com o marido, conciliando com seu emprego nos horários restantes.

Nessa ocasião, o marido de P2 teve depressão, e ela passou a ser responsável pelo sustento da família e por pagar as dívidas do estabelecimento. P2 tomou decisões pelo marido, resolvendo vender sua parte no negócio, enquanto ele se afastou para procurar tratamento médico e psicoterapia. Três meses depois, já no sétimo mês de gestação, o marido conseguiu emprego como auxiliar de produção em uma empresa de cerâmica, onde trabalha há nove anos. Apesar do emprego do marido, P2 continuou sendo a principal responsável pelo sustento da casa até os dias de hoje.

O primeiro filho nasceu aos oito meses de uma gestação que demandava cuidados médicos e restrições quanto a carregar peso ou permanecer muito tempo em pé. A criança apresentou problemas respiratórios, alergias, cólicas e dificuldades para dormir até 2 anos e meio. Embora precisasse cuidar do filho, P2 continuou trabalhando, pois julgava que o salário do marido não era suficiente para os gastos com o bebê e para o pagamento das dívidas dos negócios mal-sucedidos.

Quando seu filho estava com 9 meses, P2 descobriu que se encontrava novamente grávida. Segundo ela, foi um susto muito grande, e ela começou a chorar porque pensava na situação que estavam vivendo (dificuldades financeiras e o marido ainda em tratamento por depressão) e nos cuidados dispensados ao primeiro filho.

Sua segunda gestação também foi delicada, necessitando de medicamentos para mantê-la até o final. P2 continuou trabalhando. Relatou que se sentia bem e tinha períodos de descanso.

Após o nascimento do segundo filho (hoje com 7 anos), P2 trabalhava em seu salão de beleza, enquanto sua mãe cuidava das crianças. Mantinha contato com os filhos várias vezes no decorrer do dia e amamentava o mais novo. Seu trabalho era em frente à casa da mãe.

Quando o segundo filho estava com 6 meses, P2 colocou os dois em uma creche para aliviar sua mãe da responsabilidade de cuidar das crianças. Antes de enviá-los à creche, tentou colocar empregadas em sua casa para que cuidassem deles. No entanto, não foi possível, pois P2 não podia pagar o que pediam.

Seis meses depois, sua irmã descobriu que as crianças eram negligenciadas na creche. P2 mudou as crianças para uma escola. Relatou ter

se sentido muito triste por não ter descoberto antes o que acontecia com os filhos.

P2 deixava as crianças na escola o dia todo enquanto trabalhava. Ficava com eles a partir das 17h30. Ressaltou que não poderia se dedicar exclusivamente ao cuidado das crianças porque ajudava a sustentar a casa e a pagar as dívidas (sic). Acrescentou que não sabe se agüentaria ficar longe do trabalho e dedicar-se somente aos filhos, pois gosta muito da profissão.

Nos dias atuais, as crianças freqüentam a escola meio período e ficam com a avó materna no período restante. P2 as vê várias vezes no decorrer do dia, pois vão até o local onde trabalha.

P2 relatou que seu marido sempre foi carinhoso, atencioso, disposto a ouvir e concordar com ela nas decisões que deveriam tomar (sic). Relatou que, quando o marido estava em depressão (durante a gravidez do primeiro filho), ele permanecia quieto e demandava mais atenção do que de costume; também demonstrou-se mais carinhoso com ela. Nesse período, ele apresentou problemas de concentração no trabalho, esquecia das tarefas, apresentava dificuldades para preencher cheques, sendo necessário que ela o monitorasse em todo o tempo, inclusive para tomar o medicamento.

A casa de P2 fica no mesmo quarteirão da casa em que vivem seus pais e dois irmãos: o irmão caçula de 24 anos (adotivo), que é solteiro, e um outro irmão de 37 anos, que é casado e tem duas filhas. Este último, segundo relato de P2, sempre trouxe problemas para a família por uso de drogas. Descobriram há catorze anos. P2 contou que sempre ajudou a família a cuidar dele. O irmão se envolvia em brigas freqüentes com a esposa e durante a madrugada telefonava para P2 pedindo ajuda. Ela e o marido iam até a casa dele para ver se resolviam.

O irmão de P2 pedia dinheiro emprestado, pois não tinha emprego fixo e, quando arrumava, logo era despedido por não cumprir os horários e dias de trabalho. Segundo P2, na medida do possível, sempre emprestou dinheiro a ele, nunca deixando faltar nada em sua casa ou para os filhos dele (sic). O irmão geralmente pagava os empréstimos. Há dois anos, diminuíram as brigas entre o casal e P2 não tem sido procurada por eles com freqüência, seja por questões financeiras ou de relacionamento.

Resumo da História da doença

P2 descobriu a doença através de exames preventivos de rotina. A investigação iniciou-se no meio do ano de 2005. Em fevereiro de 2006, quando foi diagnosticada de neoplasia maligna de mama, submeteu-se à cirurgia (março de 2005) e posteriormente à quimioterapia. Com o término da quimioterapia, submeteu-se à radioterapia e iniciou a hormonioterapia.

Diante da notícia do diagnóstico de carcinoma ductal microinvasivo dada pelo médico, P2 sentiu-se atordoada e teve medo de perder os familiares, chorou, pensou nos filhos pequenos que necessitavam de seus cuidados e que era melhor retirar a mama do que ficar com um problema de saúde. Ao sair da consulta médica com o diagnóstico nas mãos, contou para sua mãe e posteriormente para o marido.

ANEXO X

P3 - Resumo da História de Vida

P3 nasceu e viveu em uma colônia na fazenda da empresa de cerâmica onde seu pai trabalhava. Relatou que teve boa infância, tinha muitos amigos na colônia, brincava de subir em árvores, nadar no rio, jogar bola. Estudava na escola da fazenda. Na quinta série, passou a estudar na cidade com os colegas da colônia. Gostava de estudar, mas interrompeu os estudos na sétima série e começou a trabalhar na cerâmica aos 17 anos, como era costume das famílias. Trabalhou cinco anos na cerâmica e saiu para se casar e morar na cidade. Conheceu o marido aos 17 anos em um grupo de jovens da igreja, eram amigos, e com 20 anos começaram a namorar.

Após o casamento (1980), foi morar com a sogra. Relatou que na casa da sogra não se sentia bem, ouvia quando ela e sua cunhada a criticavam, queria voltar para a fazenda, sentia saudades daquele tempo. Após um ano de casamento, falou ao marido que desejava ir embora da casa da sogra, mas ele não concordou. Discutiram e ele lhe deu um empurrão. Ela caiu e bateu a barriga em um móvel. Estava grávida de três meses nessa época. Com oito meses de gestação, foi ao médico e a criança havia falecido. Relatou que seu marido nunca foi carinhoso. Nessa época, mudou-se da casa da sogra para sua própria casa.

Após um ano do aborto, engravidou novamente e teve outro aborto espontâneo aos três meses de gestação. Engravidou pela terceira vez (1983), depois de um ano do segundo aborto e levou essa gravidez a termo. A gestação exigiu cuidados e medicamentos para prevenir novo aborto. O nascimento e os primeiros cuidados com o bebê ocorreram dentro da normalidade, segundo seu relato.

Em 1986, comprou uma casa para seus pais na mesma rua em que morava, a fim de poder cuidar melhor deles. Assim, eles deixaram a fazenda onde moravam.

Quando seu primeiro filho estava com quase 3 anos, engravidou novamente. Após o nascimento da filha (1987), relatou que teve asma nervosa e depressão pós-parto. Fez tratamento médico com antidepressivo durante três anos. Nesse período (1989), seu irmão começou a ter discussões com a esposa, envolvendo seus pais, os quais pediam sua ajuda. Seu marido não queria que ela se envolvesse nos problemas do irmão com a esposa e seus pais e pedia que ficasse em casa. Mesmo assim, muitas vezes deixava

sua casa para ver e ajudar seus pais. Isso ocorreu durante doze anos (até 2001).

Relatou que sempre ajudou a família, desde comprar roupas para as irmãs e sobrinhas, que moram no sítio, até opinar nos problemas e cuidar da saúde de seus pais. Gosta de ajudar, sente-se bem fazendo isso, mas tem horas em que se sente cansada e gostaria que eles fossem mais independentes.

Disse que nunca demonstrava aos pais ou ao marido seus sentimentos e que priorizava a atenção aos seus pais em detrimento dos afazeres domésticos.

Contou que a convivência com seus filhos durante a infância foi boa e sem problemas. Eram bons alunos, recebiam elogios da professora e tinham amigos.

Relatou que na adolescência da filha, a convivência com ela tornou-se difícil porque era uma menina egoísta (não deixava que pegassem emprestado as coisas dela) e fechada. A filha tinha diálogo com a família somente quando queria pedir alguma coisa. Em 2006, sua filha tornou-se mãe, e disse que seu comportamento mudou, passando a ser mais amorosa e cuidadosa.

Em 1994, voltou a estudar na sétima série, pois uma vizinha a convidou para fazerem juntas o supletivo. Interrompeu os estudos no segundo colegial (1997) porque começou a trabalhar como voluntária em uma escola e ficava cansada para estudar à noite. Em 2000, foi convidada para trabalhar como auxiliar administrativa na mesma escola em que era voluntária e permaneceu com vínculo empregatício até o momento. No início de 2006, afastou-se do trabalho em decorrência do tratamento a que iria se submeter.

Resumo da História da Doença

P3 teve o diagnóstico de um nódulo na mama direita em outubro de 2004 com indicação de cirurgia. Submeteu-se à cirurgia em maio de 2005, na

qual ocorreram intercorrências (parada cardíaca, falta de ar, alergia a anestesia). Após a cirurgia, não seguiram outros tipos de tratamento.

Em nova consulta médica, em outubro de 2005, houve a solicitação de uma ultra-sonografia, que foi realizada em dezembro do mesmo ano. Nesse exame, o diagnóstico de neoplasia maligna de mama foi indicado, mas P3 só tomou ciência dele em janeiro de 2006.

Submeteu-se à quimioterapia logo depois da segunda cirurgia, efetuada em abril de 2006. Após a quimioterapia, foi submetida também à radioterapia.

Diante da notícia do diagnóstico de carcinoma ductal (câncer de mama), lida no exame médico por P3, ela relatou ter se sentido como se estivesse “flutuando, sonhando ou perdido o chão”. Disse também que não quis demonstrar reação alguma para não preocupar a filha que a acompanhava no momento, mas que pensou que iria morrer e perdeu a perspectiva de planos para o futuro. Após a leitura, mostrou o exame à filha e ao marido.

ANEXO XI

P4 - Resumo da História de Vida

P4 relatou ter tido boa infância. Ia ao sítio dos tios e avós, jogava bola e brincava de correr. Convivia com os familiares e ficava com eles quando sua mãe precisava levar as irmãs aos hospitais para fazerem tratamento médico em virtude da deficiência com que nasceram (paralisia cerebral).

Durante a adolescência, estudava e saía para dançar com os amigos. Teve o primeiro namorado aos 16 anos e se casou após cinco anos (em 1984). Quando se casou, continuou estudando e trabalhando como estagiária na prefeitura da cidade onde residia. Seu marido trabalhava como piloto de avião. Relatou que se casou para poder passar mais tempo ao lado do marido. Segundo ela, após o casamento, nada se alterou em sua rotina, somente mudou-se da casa dos pais para sua própria casa. Enquanto o marido estava viajando (por períodos de até dez dias), cuidava da casa, estudava, trabalhava em uma empresa como assistente social, ia à academia de ginástica e saía com as amigas. Quando o marido estava em casa, saíam às vezes com os amigos ou viajavam em seu próprio avião.

De 1981 a 1985, fez curso de graduação em assistência social e formou-se com 22 anos.

Em 1986, o marido sofreu um acidente de avião e, influenciado pelo pai, parou de pilotar e foi fazer faculdade de engenharia.

Com 26 anos (em 1989), deixou a empresa onde atuava como assistente social desde que se formara para ir trabalhar na empresa do sogro na mesma função. Após dois anos, ele faleceu e parte da empresa foi vendida a um sócio. A esposa do sócio assumiu seu lugar no emprego. Posteriormente, trabalhou como assistente social em duas outras empresas. Prestou concurso em 1984, aos 31 anos, e começou a trabalhar na prefeitura.

Em 1996, P4 e o marido tornaram-se proprietários de um comércio no ramo de alimentação. Ela continuou trabalhando na prefeitura enquanto auxiliava o marido na parte financeira do comércio. Em 1998, compraram outro estabelecimento, também no ramo de alimentos. Mesmo tendo como sócios a irmã e o cunhado, a quantidade de trabalho aumentou. Assim, P4 deixou seu emprego na prefeitura para ajudar o marido a administrar os negócios.

Em 2001, iniciaram outro empreendimento. Ela estava então com função administrativa nos três negócios. Trabalhava cerca de quatorze horas

por dia e, conforme relatou, achava que tinha que dar conta, mostrar serviço, e nem percebia o quanto se dedicava.

Nessa época, após dezoito anos de casada, aos 39 anos (em 2001), engravidou inesperadamente. Nunca pensou que engravidaria porque o marido tinha problemas de fertilidade e teria que se submeter a um tratamento para posteriormente P4 conseguir engravidar. Quando foi feito o diagnóstico da infertilidade do marido, com cinco anos de casamento, eles optaram por não fazer qualquer tratamento porque estavam concentrados em trabalhar e estudar.

Ela relatou que nunca teve o sonho de ser mãe. Entretanto, havia ficado feliz com a notícia, apesar de não saber bem o que significava ter um filho. A partir daí, começou a trabalhar em casa exclusivamente com a parte administrativa dos estabelecimentos e não mais ia ao local de trabalho. Relatou que, justamente por estar em casa, acabava trabalhando mais tempo porque se sentia na obrigação de fazê-lo, já que não estava lidando diretamente com os funcionários e tinha medo que a julgassem folgada. Acrescentou que, durante a gestação, as pessoas a poupavam, faziam tarefas do trabalho por ela e pediam que saísse mais cedo para descansar.

Apesar do trabalho intenso, disse que encontrava tempo para cuidar da saúde e da gestação.

Após o nascimento do filho, teve quatro meses de licença-gestante. Até os três meses e meio, o bebê não estava ganhando peso, mas tal fato não foi percebido por ela e o marido e pelo pediatra. Relatou que as pessoas diziam haver algo de diferente com a criança e a aconselhavam a mudar de médico. Durante a cerimônia de batizado, ela comparou o filho com outras crianças de mesma idade e verificou que realmente ele era muito magro e procurou orientação médica imediatamente. Durante cinco dias, foram feitos exames com a finalidade de descobrir o que estava acontecendo. Uma nutróloga descobriu que o leite materno era insuficiente e indicou outro tipo de leite para a complementação alimentar do bebê. Contou que, antes de descobrir o problema, demorava mais de uma hora para amamentar o filho e depois acabava dormindo com ele em virtude do cansaço pela dedicação integral. Durante o período de investigação do problema, pensou que poderia ser uma doença séria e ficou muito preocupada e com medo, assim como seu marido.

Quando o problema foi solucionado, finalmente teria mais tempo para fazer outras coisas, mas teve que voltar ao trabalho, pois os sócios estavam sobrecarregados. Continuou responsável pelo trabalho administrativo, o qual poderia fazer em casa enquanto o filho dormia.

Com 1 ano e 8 meses, P4 colocou seu filho em uma escola. Nessa época, sua empregada de confiança há anos precisou sair do emprego, o que deixou P4 muito preocupada por não ter outra pessoa a quem confiar o serviço da casa enquanto ela trabalhava.

O marido a ajudava a cuidar do filho, inclusive durante a noite trocava fraldas e dava mamadeira para que ela descansasse. Atualmente eles brincam com o filho à noite; no tempo em que estão em casa se dedicam a ele exclusivamente.

P4 disse que talvez tenha trabalhado muito durante a vida, que deveria ter sido mais prática em sua função, menos exigente e detalhista. Na época em que trabalhava demais, não saía quase de casa, não tinha ânimo por estar cansada pelo trabalho. No entanto, nunca deixou de ter um tempo para o marido.

No decorrer dos anos, com o excesso de trabalho, diminuiu a convivência com os familiares. Encontravam-se quando alguém precisava de ajuda por problemas de saúde ou financeiros. Relatou que talvez devesse ter ajudado mais sua mãe a cuidar dos irmãos, assim ela teria mais tempo para cuidar de si própria. Deveria ter passado mais tempo na companhia deles. Ao contrário, sempre contou com a ajuda dos pais para estudar, trabalhar e iniciar sua vida de forma independente.

Resumo da História da Doença

A neoplasia maligna de mama foi diagnosticada em abril de 2006 e P4 submeteu-se à cirurgia (mastectomia) no mesmo mês. Posteriormente, fez radioterapia (braquiterapia) e tratamento quimioterápico, iniciado em maio de 2006.

Diante da notícia do diagnóstico de carcinoma *in situ* da mama (câncer de mama) dada pelo médico, P4 relatou ter se sentido tranqüila e confiante e

que, embora tenha pensado que não merecia passar por esse problema, se tratava de uma doença com grande possibilidade de cura. Após saber do diagnóstico, foi jantar com o marido, o filho e a irmã no shopping da cidade, pois estava com fome.