

MARIA REGINA GALANTE-NASSIF

**VÍNCULOS AFETIVOS E RESPOSTAS AO ESTRESSE EM
PACIENTES COM CANCER DE MAMA**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
SÃO PAULO
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA REGINA GALANTE-NASSIF

**VÍNCULOS AFETIVOS E RESPOSTAS AO ESTRESSE EM
PACIENTES COM CANCER DE MAMA**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica sob orientação da Prof^a. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

**SÃO PAULO
2006**

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Ao meu Pai, meu Deus, que me trouxe a coragem e a luz a conduzirem meu caminho.

À Prof^a. Dra. Maria Helena Pereira Franco , minha mais profunda gratidão, não somente por ter me orientado, com toda sua competência e precisão, mas também por ter sido uma amiga que esteve ao meu lado em um dos momentos mais difíceis de minha vida acadêmica, confiando no meu trabalho e no meu empenho.

Às Prof^{as}. Dras. Maria Júlia Kovács e Ana Laura Schliemann, por suas importantes contribuições e recomendações na fase de qualificação, por suas palavras de encorajamento e atitudes de apoio.

Às participantes, por me permitirem estar lado a lado em suas histórias de vida, compartilhando os momentos de ansiedades, angústias e alegrias.

À minha família e amigos, que me trouxeram palavras e atitudes de apoio, amor, compreensão, sem as quais dificilmente eu conseguiria seguir avante.

A Maria Teresa Lacôte, que me permitiu, com sua compaixão e cuidados, uma nova oportunidade de ver e sentir esta vida.

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres e os trabalhos que estabelecem uma conexão entre os aspectos psíquicos e biológicos, ou seja, da relação mente-corpo, têm ocorrido em uma perspectiva multidisciplinar, tal qual nos propusemos a investigar.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre laços afetivos desenvolvidos na infância, sua repercussão na vida adulta e a ligação destes com a resiliência da pessoa em momentos de estresse, em pacientes com câncer de mama.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, delineada na forma de estudo de caso, com duas participantes portadoras de câncer de mama. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semi-dirigida. Os dados obtidos foram analisados por meio de análise de conteúdo, sob o enfoque da Teoria do Apego.

As participantes apresentaram o padrão de apego inseguro desorganizado/ desorientado, devido a situações amedrontadoras, além de inseguras, relacionadas a suas figuras de apego primárias e este padrão operativo interno se repetiu em seus laços afetivos na vida adulta. As dificuldades em estabelecer e manter relações afetivas responsivas e estáveis estiveram presentes nas situações estressantes que demandavam apôio, como no momento do surgimento e tratamento do câncer de mama, dificultando recursos de enfrentamento.

Estamos frente a um campo de pesquisa que interliga os laços afetivos precoces e a resposta ao estresse, com sua repercussão à saúde bio-psíquica.

UNITERMOS : Apego ; Estresse ; Câncer de Mama ; Resiliência ; Suscetibilidade.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world and the first most frequent type of cancer amongst women, and the researches that establish a connection between the physical and psychological aspects, i.e. the body and mind connection, have been occurring in a multidisciplinary perspective, which is what we set ourselves to investigate.

The objective of this research is to study the relationship between the emotional ties developed during childhood, its repercussion in adult life and its link with the breast-cancer patients' resilience in moments of stress.

It's a qualitative research, designed for the study of the cases, with two patients that currently have breast cancer. A semi-directed interview was conducted as a data collection instrument and the obtained data was analysed by means of the analysis of its content, under the 'Attachment Theory'.

The participants showed the pattern of insecure / disorganised / disoriented attachment, due to frightening situations, as well as insecure ones, related to their primary attachment figures, and this internal operative pattern repeated itself in the emotional attachments in adult life. The difficulties in establishing and keeping responsive emotional attachments had been present in the stressful situations that demanded emotional support, as at the moment when the breast cancer was first diagnosed and the treatment started, making the fighting resources difficult.

We are facing a research field that interlinks the premature emotional attachments and the response to stress, with its repercussion in the biological / psychological health.

Uniterms: Attachment; Stress; Breast cancer; Resilience; Suscetibility.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	16
PARTE I - TEORIA DO APEGO	16
I.A - A TEORIA DO APEGO E SUA RELAÇÃO NA EVOLUÇÃO PSICO-FÍSICA DO INDIVÍDUO.	18
I. B - INTERFERÊNCIAS NOS PADRÕES DE APEGO ATUAIS	27
I.C – APEGO ADULTO.....	29
I.D–BASES PSICOBIOLOGICAS DO APEGO.	39
PARTE II – NEUROIMUNOENDOCRINOLOGIA E A SUSCETIBILIDADE À DOENÇA.....	48
PARTE III - ESTRESSE, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA.....	57
PARTE IV- ONCOLOGIA. CÂNCER DE MAMA.....	65
IV. A - ONCOLOGIA.....	65
IV.B - CÂNCER DE MAMA. PSICO-ONCOLOGIA EM CÂNCER DE MAMA.....	67
PARTE V – ESTRESSE , APEGO E O CÂNCER	76
PARTE VI - PSICO-ONCOLOGIA E APEGO.....	81
CAPÍTULO II - OBJETIVOS.....	89
CAPÍTULO III - MÉTODO.....	91
III. A- A pesquisa	91
III B- Participantes da pesquisa	92
III. C - Local.	93
III. D - Procedimentos para coleta de dados.....	93
III. E - Procedimentos para análise dos dados.	96

III. F - Cuidados éticos	97
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO.	100
IV. A - DISCUSSÃO DA PARTICIPANTE A.	100
IV. B - DISCUSSÃO DA PARTICIPANTE B.....	118
CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS.....	172
ANEXO 1	173
ANEXO 2	176
ANEXO 3	177
ANEXO 4- RELATO DE CASOS.....	181

INTRODUÇÃO

A ligação entre emoção, personalidade e saúde tem sido descrita nos últimos 2.000 anos. Hipócrates identifica os quatro humores corporais (sanguíneo, fleugmático, bile negra e bile amarela) como as bases da personalidade, sendo que esses elementos se estendem a Galeno, ao inferir que o excesso do humor levaria à doença.

Selye (1936,1955) da Universidade de Praga, foi responsável por grande parte dos estudos atuais que investigam a ligação entre a vida emocional e a saúde. Surge a Psiconeuroimunoendocrinologia, um campo de estudos baseado em evidências crescentes de que há uma interação entre o sistema hipotalâmico-pituitário-adrenal e o imunológico, com efeitos fisiológicos prejudiciais à saúde, derivados de situações estressantes. A definição de estresse como termo na literatura médica e psicológica foi introduzida por Selye (idem) definindo-o como uma síndrome de respostas caracterizadas pela ativação do sistema hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, alterando a homeostase do organismo.

Estas mudanças ocorrem como respostas a eventos nocivos ditos “estressores”, sendo que fatores psicológicos desempenham um papel importante na sua organização. Mason (1968) constatou que estressores físicos (como calor, frio, privação de alimentos e outras restrições) falhavam em estimular o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, quando fatores cognitivos e emocionais estavam sob controle. Assim, o trabalho descrito por Selye (idem) seguiria um caminho de respostas gerais inespecíficas, que poderia ser ou não ativado, de acordo com percepções e emoções específicas, individuais.

Os estudos baseados na importância da díade criança-cuidador, e sua conexão com as respostas emocionais e fisiológicas ao estresse, foram iniciados por John Bowlby (Bowlby, 1969/2002), que estudou, sobretudo, os efeitos da privação materna. Teve seus trabalhos ampliados por Mary Ainsworth (1963), que identificou padrões de apego (seguro, evitativo e ambivalente).

A Teoria do Apego é uma das abordagens mais importantes na atualidade, quer seja na área da psicologia clínica, da psicologia social, ou da Neurociência (Crnic e Pennington, 1987), pois abrange os efeitos das relações precoces criança-cuidador até a vida adulta, incluindo relacionamentos alterados, relações maritais, luto e, atualmente, sua implicação em transtornos somáticos. Bowlby (idem) desenvolveu muitas de suas idéias no que hoje poderíamos chamar de Psicobiologia ou Psicologia Evolucionária, com estudos em primatas, em uma visão etológica.

A Teoria biocomportamental do Apego ou Formação de Vínculos Afetivos esclarece como interações precoces nos laços com os pais estabelecem padrões de relações sociais, respostas emocionais e fisiológicas ao estresse, assim como a regulação emocional na sua descendência, gerando respostas aos eventos da vida e à vulnerabilidade à doença.

As memórias episódicas da interação da criança com seus relacionamentos íntimos criam representações mentais chamadas de modelos operativos internos, organizados hierarquicamente na infância, que fornecem explicações para a vida do indivíduo, em suas percepções, expectativas, afetos e comportamentos, respostas fisiológicas e cognitivas (Bowlby, 1969/2002). Estes modelos operativos são os que guiam a forma como as pessoas percebem, interpretam e respondem às suas interações sociais.

Shaver e Mikulincer (2002) crêem que cada experiência específica organizaria conexões neuronais, inibitórias ou excitatórias, dependendo de como estas foram vivenciadas, levando a padrões relativamente estáveis de pensar, sentir e atuar.

Relacionando a Teoria do Apego ao estresse, Simpson, Rholes e Nelligan (1992) definem que estilos de apego primários servem para regular como os indivíduos interpretam, entendem e reagem a experiências emocionais negativas durante situações de estresse. Pelos padrões de busca de suporte e oferta de suporte, associados a estes diferentes estilos de apego, ocorre uma influência sobre outros aspectos do relacionamento, como satisfação, intimidade e amor entre os parceiros. Sobretudo em face a um estresse crônico, têm relevância essas implicações, especialmente se o estresse acentua a necessidade do suporte psico- social.

Adultos que possuem diferentes padrões de apego, qualitativamente, diferem em suas percepções retrospectivas de experiências interpessoais (Pietromonaco e Barret,1997; Hazan e Shaver,1987), experiências emocionais (Bartholomew e Horowitz, 1991), de si mesmos e dos outros (Bartholomew e Horowitz,idem; Collins e Read,1990). Estes estudos retrospectivos sugerem que as pessoas que possuem diferentes modelos operativos internos diferem em suas teorias gerais sobre si mesmos, sobre os outros e seus relacionamentos, mas pouco ainda é conhecido em termos dessas relações de apego e sua interferência na saúde psico-física, embora os trabalhos mais atuais estejam se direcionando neste sentido (Dettling e col., 2000, Kivimaki e col.,2000).

Nestes, tem-se destacado que, no desenvolvimento da personalidade, relacionamentos iniciais de família favoráveis propiciam padrões iniciais de pensamento, sentimento e comportamento, que persistem. A personalidade se torna

cada vez mais estruturada para operar de modo moderadamente controlado e resiliente a continuar assim, mesmo em circunstâncias adversas.

Padrões de relacionamento desfavoráveis levariam habitualmente a estruturas de personalidade de menor resiliência e controle deficiente, estruturas vulneráveis que também tendem a persistir. Assim, a maneira pela qual a pessoa responde a eventos adversos subseqüentes (entre os quais as rejeições, separações e perdas) depende da forma como sua personalidade se estruturou (Bowlby,1969/2002).

Estas constatações têm vital importância, pois seu conhecimento implica em possibilidades de intervenções precoces preventivas.

A teoria do apego também considera diferentes padrões de afeto, levando Kobak e Sceery (1988) a considerar a teoria da regulação afetiva de acordo com estilos de apego. Estes interferindo nas avaliações de Ego-resiliência e Ego-suscetibilidade.

Em 1958, surge o trabalho de Greene e Miller, estudo pioneiro em oncologia, investigando o papel dos fatores psicológicos e emocionais em quadros de leucemia em crianças e adolescentes. Sugerem que experiências de separação e perda exercem um papel, entre outros, no desenvolvimento de leucemia em crianças. Foi um trabalho importante, seguido por outros nas décadas seguintes, em um novo campo de pesquisas, denominado de Psico-Oncologia.

Esta se ocupa das dimensões psicológicas, sociais e comportamentais do câncer, em duas perspectivas fundamentais : a resposta do paciente e seus familiares à doença e como o comportamento psicológico e social se relacionam à morbidade e mortalidade dos pacientes com câncer.

Outros autores, como Jacobs e Charles (1980), realizaram suas pesquisas em crianças com câncer, notando significativo aumento do número de eventos estressantes e com grande significado, antes do surgimento da leucemia, presumindo serem estas mudanças estressantes como experiências disruptivas emocionalmente às crianças, que interfeririam nos seus sistemas endócrino, imunológico e neurológico.

Estudos epidemiológicos nesta área (Parkes e Brown, 1972 ; Pettingale, Greer e Tee, 1977) ajudam-nos a conceituar estresse como mudança recente de vida, que atua como fator de risco, pela suscetibilidade do indivíduo ao evento, aumentando a probabilidade de uma doença. Deve-se ter o cuidado em evitar afirmar que estresse seja uma experiência que “cause” a doença, mas sim, que o estresse seja um fator com complexas interações e aspectos como intensidade, suscetibilidade, biologia genética, fatores ambientais, suporte social, entre outros, estejam atuando conjuntamente.

Ao focar as neoplasias, (atrás das cutâneas não melanoma), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo, e o primeiro entre as mulheres, sendo a principal neoplasia maligna entre as mulheres no Brasil, exceto na região Norte (INCA, 2005). O Instituto espera um milhão de casos novos de câncer de mama feminino no mundo, este ano; este valor só é inferior ao número de casos novos de câncer no pulmão.

Apesar do grande avanço da medicina na área oncológica e especificamente no câncer de mama, por meio de rastreamentos preventivos, a incidência tem aumentado e todo estudo nesta área se torna extremamente relevante.

Em relação ao câncer em geral, trabalhos experimentais com animais mostram que a incidência e a taxa de crescimento de tumores podem ser alteradas pelo estresse da privação materna (LaBarba e col.,1971 e 1972) Outros estudos em animais

puderam demonstrar que a ativação dos sistemas nervoso autônomo e endócrino são os prováveis mediadores entre as emoções e o sistema imune (Besedovsky e Sorkin, 1977; Coe, 1993, Fabes e Eisenberg ,1997)

Estudos iniciais com Barthrop, e col. (1977), Irwin e col. (1987), Kiecolt-Glaser e col.(1987) demonstraram que divórcio, perda por luto e algumas doenças psiquiátricas estavam associados com decréscimo na resposta de proliferação linfocitária e menor atividade das células *Natural Killer* (N.K.) ou células citotóxicas. Estes aspectos estão relacionados a condições de imunodeficiência. Os últimos autores (Kiecolt-Glaser e col.), em 1984, já haviam constatado que alterações nas porcentagens de linfócitos T supressores ou de ajuda (*helper and suppressor T-cells*) se associavam ao estresse.

Entretanto, os estudos imunológicos posteriores mostram uma pronunciada variabilidade individual nas medidas e magnitudes das respostas ao estresse, devido a uma maior vulnerabilidade ou resistência individuais, como descrito por Rutter (1985,1987). O autor chama de “resiliência” à condição da pessoa em enfrentar e não sucumbir às situações de estresse e de adversidades. Três aspectos são relevantes: a resistência ao estresse é relativa, e não absoluta; as bases da resistência são tanto constitucional quanto ambiental; o grau de resistência não é uma qualidade fixa, isto é, varia de acordo com o tempo e as circunstâncias. Mostram as diferenças individuais, ou seja, a suscetibilidade aos estressores e a função protetora em certas circunstâncias.

O autor (Rutter, idem) constatou que o aspecto protetor mais importante é uma relação segura com alguém relevante. Observou que, nas situações de separação, os efeitos a longo prazo são dependentes mais da persistência do distúrbio pelo padrão

dos relacionamentos familiares, do que da separação “*per se*”. Estes aspectos da díade são adicionados ou subtraídos pela relação social ambiental mais próxima (são os processos interacionais com a função social do grupo, produzindo seus efeitos diretos sobre a formação dos laços de apego).

A partir do trabalho de Davidson e Fox (1989) com crianças com 10 meses de idade, que choravam em resposta à separação materna, e concomitantemente apresentavam ativação frontal direita maior no período de repouso que precedia a separação, surge nova linha de pesquisa no campo da Teoria do Apego : da relação entre esta e alterações fisiológicas, notadamente dentro da especificidade psicofisiológica a diferentes emoções. Os autores concluem que uma maior ativação frontal direita pode estar associada a uma vulnerabilidade a respostas afetivas negativas, uma maior disposição de humor negativo e de depressão.

Trabalho posterior de Kang e col. (1991) mostrou haver uma correlação entre a assimetria frontal e respostas imunes alteradas. Essa poderia ser uma condição predisponente que pode alterar a vulnerabilidade às doenças.

Nesta linha de pesquisa, Liu e col.(1997), em estudo experimental, constataram que variações nos cuidados maternos afetavam as diferenças individuais em respostas neuroendócrinas ao estresse, sugerindo que os comportamentos de cuidados maternos servem para “programar” respostas hipotalâmica-pituitária-adrenal ao estresse de sua descendência.

A teoria do apego como modelo nos estudos interdisciplinares que contemplam a saúde e a doença é recente, mas tem se mostrado como um paradigma integrativo que explica a vulnerabilidade à doença.

Assim, nas últimas décadas, os estudos conduzem ao conhecimento de que há uma verdadeira interação entre estados emocionais e afetivos, ocorridos no início da vida e respostas fisiológicas, podendo estas resultar em alterações orgânicas que persistem no correr da vida.

O objetivo de nossa pesquisa se justifica, por um lado, devido à experiência clínica vivenciada com pacientes com câncer, nos últimos anos, como homeopata e, sobretudo, após nossa conclusão no Curso de Psico-Oncologia realizado no Instituto Sedes Sapientae, em São Paulo, com estágio no Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, Setor de Pneumologia. No período de dois anos no Instituto, por meio de nosso trabalho e de entrevistas, verificamos aspectos psicológicos interconectados à qualidade de vida dos pacientes.(Galante-Nassif 2000; 2001).

Por outro lado, ficaram em aberto questões que nos propusemos responder neste momento : como as relações afetivas vivenciadas na infância repercutiriam em sua vida adulta e nas respostas a situações estressantes ; e as imbricações destes aspectos com o câncer, em mulheres portadoras de câncer de mama.

A partir desta evolução do conhecimento, e não sendo ainda descrita a relação entre a teoria do apego, o estresse e o câncer, a proposta do nosso trabalho é a de explorar a teoria do apego como um modelo biopsicossocial interagindo na complexidade do câncer, explicando as diferenças nas suscetibilidades individuais, principalmente em situações estressantes.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.

PARTE I - TEORIA DO APEGO

Quando começamos a tratar pacientes com câncer de mama, em nosso consultório, como Ginecologista-Obstetra e passamos a somar nossos conhecimentos de uma medicina clássica com a abordagem do indivíduo como um todo, que a Homeopatia propicia, passamos a observar que as pacientes referiam, em suas histórias biopatográficas, processos afetivos, emocionais, cognitivos e imaginários importantes, imbricados à sua patologia clínica.

Não conseguíamos perceber qual a conexão exata entre estes aspectos, mas, a partir de nosso mestrado, de nosso curso em Psico-Oncologia e nosso convívio por dois anos com pacientes com câncer de pulmão, avaliando suas qualidades de vida, durante quimioterapia e, portanto, com estadiamento avançado, conseguimos entrar em contato com suas dificuldades, suas prioridades e sofrimentos.

Tivemos um impacto quando constatamos a profunda importância que suas famílias tinham em suas histórias, tanto precedendo o diagnóstico da doença, quanto durante o processo de seus tratamentos.

A relevância do assunto nos levaram a querer observar de perto a conexão entre a família, o estresse e o câncer. E esta abordagem tem sido vista de forma consistente através da Teoria do Apego, com a relação entre os laços afetivos primários na díade mãe (cuidador)- criança e futuros estilos de apego daquela pessoa, tanto com seus pares íntimos, como com seus grupos e sua participação social.

A Teoria do Apego explica como repetidas interações entre o cuidador e a criança em idade precoce estabelecem padrões ao longo da vida, sejam eles psicossociais, fisiológicos, afetivos e cognitivos, além de moldar o que Bowlby (1969/2002) chamou de modelos operativos internos, que são relativamente estáveis, condicionando respostas individuais específicas ao estresse, em termos de suscetibilidade ou resiliência.

As idéias de Bowlby sobre a Teoria do Apego foram descritas em sua trilogia, *Apego e Perda* (1969/2002, 1973, 1980). Dentro de sua equipe de pesquisas, Mary Salter Ainsworth conduziu duas pesquisas naturalistas, com seus estudos em Uganda (1963), investigando as mães e suas crianças, aplicando os princípios etológicos de Bowlby. Mais tarde, Ainsworth e col (1978) mostraram as diferenças qualitativas do apego, na observação da “situação estranha”; pesquisa esta que foi uma das responsáveis por colocar a teoria do apego na psicologia desenvolvimentista contemporânea.

O sistema de apego é biologicamente regido, o que implica processos básicos de funcionamento universal da natureza humana, apesar de diferenças genéticas, culturais e de experiências individuais (Ainsworth, *in* Parkes, 1991).

A Teoria do Apego diz respeito às mudanças no desenvolvimento da natureza do apego da criança com os pais e figuras próximas durante os anos da infância e à natureza de outras ligações afetivas através do ciclo da vida; e suas influências através das gerações; e como influenciam o desenvolvimento bio-psíquico do indivíduo.

O sistema comportamental do apego é direcionado biologicamente e fornece uma vantagem de sobrevivência, aumentando as chances da criança ser protegida

pelas pessoas ou por uma pessoa que lhe é próxima. Esta teoria inclui não somente as manifestações exteriores, mas também a organização interior, provavelmente conduzida por processos neurofisiológicos. Esta organização interior é guiada por condições genéticas e é sensível a influências ambientais. Quando esta organização interior muda no curso do desenvolvimento, o processo pode ser observado por manifestações comportamentais relacionadas às circunstâncias que as evocam. (Ainsworth,1989).

Na organização do comportamento, tanto a estabilidade quanto a flexibilidade do comportamento de apego devem ser compreendidos, exercendo um importante papel integrativo na teoria do desenvolvimento.

I.A - A TEORIA DO APEGO E SUA RELAÇÃO NA EVOLUÇÃO PSICO-FÍSICA DO INDIVÍDUO.

Na década passada, a psicologia do desenvolvimento teve dois focos de interesse: a cognitiva e a do apego. A Psicologia Cognitiva com as fundações e transformações de estruturas cognitivas. A Teoria do Apego com os sistemas comportamentais, concebendo uma organização interna e também com manifestações externas, contemplando um contexto não somente do ambiente, mas também em termos de um estado intra-orgânico neurofisiológico.

A organização do sistema de apego, segundo Bowlby (1969/2002), envolve componentes cognitivos; como representações mentais da figura de apego, o self, o ambiente, todos largamente baseados na experiência. Diferentemente de Freud (1969), que enfatiza o papel das fantasias internas.

Detalhando mais o trabalho de Shaver e Mikulincer (2002), pela sua relevância, temos que os autores definem a construção dos modelos operativos internos como hierarquicamente arranjados, cujo curso tem, em seu alicerce, memórias episódicas da interação com seus relacionamentos íntimos, através das representações genéricas de apego (isto é, entre mãe-bebê, com amigos, com marido/esposa, cliente-terapeuta) às representações genéricas de outros relacionamentos de apego. A explicação dos autores seria a de que a organização do grupo de neurônios, que representam cada experiência específica ou uma média das representações específicas ou misturas das abstrações dessas experiências específicas, dependem de como estas foram vividas ou experienciadas.

Assim, experiências repetidas levam a conexões inibitórias ou excitatórias, levando a padrões relativamente estáveis de pensar e sentir – assim, experiências repetidas com figuras de apego, sobretudo as importantes, forjam tendências centrais em padrões reticulares neuronais que podem ser denominados genericamente de modelos internos.

Deriva dessa visão o impacto da Teoria do Apego sobre as Ciências Biológicas, com a influência da Teoria da Evolução, atribuída parcialmente à etologia e exemplificada por estudos em primatas não humanos. A ênfase foi encorajada sobretudo por recentes avanços em biologia molecular e genética.

A noção do sistema comportamental também provê a compreensão dos comportamentos de medo. O “sistema do medo” também pode ser ativado por várias situações, todas acionadas para manter distância ou eliminar o objeto ameaçador que provoca medo ou dor. Se a figura de apego não é disponível, a criança exhibe situações de medo. Bowlby (1969/2002) usa o termo “medo” quando a criança exhibe

comportamentos de alarme frente à presença do estímulo ameaçador, e “ansiedade” às situações em que a figura de apego esteja ausente.

A interface entre estes sistemas é vista no trabalho de Ainsworth e col.(1978) com a “Situação Estranha”, que desencadeia alterações nos sistemas de apego, medo e exploração.

As observações de Ainsworth e col. (idem) ilustram a interface entre o apego, exploração ou criatividade e os sistemas de medo, notando que a presença da mãe aumenta a qualidade das brincadeiras e explorações da criança, o que rapidamente diminui na sua ausência. Essa interface entre o apego e o sistema exploratório, permite à criança usar a mãe como uma “base segura” para a exploração. O balanceamento entre o sistema de apego, cuja função é a proteção e o sistema exploratório, cuja função é o aprendizado, cria um mecanismo que oferece à criança o aprendizado e o desenvolvimento.

O estudo de Ainsworth e col. (idem) revelou também a descoberta de diferenças individuais nas respostas das crianças à situação estranha de separação, sugerindo padrões que foram chamados de “seguro”, “evitativo” e “ambivalente”. Esses comportamentos ocorrem em decorrência de diferentes expectativas cognitivas da criança em relação a seus pais, frente a várias situações de distresse, sugerindo que experiências das crianças com suas mães durante o primeiro ano de vida os determinam. São os chamados “modelos operativos”.

Bowlby (1969/2002) e Ainsworth (1972) falam em cinco tipos de ligações: primeiro, a ligação afetiva é persistente e não transitória. Segundo, ela envolve uma pessoa específica, e essa ligação reflete a atração que um indivíduo tem por um outro; terceiro, o relacionamento é emocionalmente significativo; quarto, o indivíduo deseja

manter proximidade ou contato com essa pessoa; quinto, o indivíduo sente distresse a uma separação involuntária da pessoa. Um critério adicional existe : o indivíduo busca segurança e conforto no relacionamento com essa pessoa. O apego é considerado “seguro” se a pessoa obtém essa segurança e “inseguro” se isso não ocorre.

O laço afetivo, segundo Ainsworth (1972) é baseado em uma construção cognitiva pela permanência do objeto ; aprendizado discriminativo e representativo. Os sentimentos de segurança e conforto que os laços de apego promovem na criança, se prolongam mesmo em períodos de separação, pela construção dos modelos operativos internos. O ponto fundamental é o de que a segurança obtida na díade mãe-criança e suas interações, coordena e ativa comportamentos que se tornam por fim internalizados, pela disponibilidade, sensibilidade e confiabilidade do cuidador.

Para Bowlby (1969/2002), o ponto crítico mais importante na incorporação do senso de segurança e suporte, está na capacidade dos pais em serem responsivos e disponíveis se chamados a socorrê-los.

Uma relação de apego seguro tem conseqüências na aquisição de conceitos como autonomia, independência, competência e confiança, curiosidade, entusiasmo e persistência em resolver problemas e apresenta raros problemas comportamentais. Na perspectiva organizacional desenvolvimentista de Sroufe (1985), várias previsões específicas podem ser feitas na relação entre a qualidade do apego e os desenvolvimentos social, emocional e cognitivo.

As crianças com apego seguro exibem mais entusiasmo e emoções positivas ao surgimento de problemas, em idades maiores. Elas se mostram menos frustradas, menos petulantes e mais capazes em usar o cuidador para ajudá-las. Crianças com apego inseguro mostram uma pior adaptação a essas situações. São menos capazes em usar o cuidador para assistência, são mais negativistas, mais rapidamente desistem da solução do problema e são mais agressivas para com seu cuidador.

Consolidação, familiarização, eventos precedentes, temperamento da criança e nível de desenvolvimento, todos estes aspectos servem para recuperar um lugar internamente representado, em termos de sua eficácia frente a novas situações.

O laço afetivo é a expressão de um afeto positivo incorporado no indivíduo, retorno de uma interação gratificante com o cuidador e com o conforto e segurança que surgem da mera presença deste e, posteriormente, da representação interna do cuidador.

A separação é uma experiência universal que todos vivemos e conhecemos desde a mais tenra infância. As experiências de separações da figura materna já são experienciadas por bebês com sentimentos de abandono, alienação e aniquilação, que embora sem registro na consciência são um carimbo que todos os humanos conhecem (Kovács, 1996).

Crianças com perda da confiança na responsividade de suas mães, desenvolvem freqüentemente estratégias evitativas ou ambivalentes / resistentes. Elas visam a organizar meios que mantenham a proximidade de pais não responsivos.

Kobak (1999), estudando crianças, verificou que as que tiveram expectativas confiáveis, ativamente buscam o conforto em situações conflitantes. Crianças

evitativas, que tiveram razão na expectativa de rejeição de seus cuidadores, desenvolvem relacionamentos esquivos, para efetivamente reduzirem conflitos ou rejeições, antecipadamente. Crianças ambivalentes ou resistentes, que também têm razões na incerteza de resposta materna, mostram uma raiva resistente ou um comportamento passivo que servem para aumentar sua proximidade do seu cuidador.

À medida que, com o passar dos anos, declina essa situação de distresse à separação, sobretudo no terceiro e quarto anos de vida, a criança ganha habilidade em comunicar-se com a figura de apego e confirmar a acessibilidade e receptividade da figura de apego.

O declínio do distresse à separação não significa, entretanto, um declínio da importância das relações de apego, mas essas relações mudam com a idade, assim como os critérios de avaliação também mudam.

O comportamento de apego da criança muda no seu terceiro aniversário quando , em um lugar estranho, torna-se cada vez mais apta a sentir-se segura com figuras subordinadas de apego, com outra pessoa da família ou um professor (Bowlby, 1969/2002).

Durante a adolescência (Bowlby, idem) o apego de uma criança com seus pais sofre uma nova mudança, quando outros adolescentes podem então assumir uma importância igual ou maior do que a dos pais e a atração sexual por companheiros da mesma idade e do sexo oposto começam a ampliar o quadro.

Bowlby nos diz:

(...) se a criança ou adulto encontram-se em um estado de segurança, ansiedade ou distresse, é determinado em grande

parte pela disponibilidade e receptividade de sua principal figura de apego (1973, p.23).

A da teoria do apego apresenta uma abrangência no decorrer da vida do indivíduo, pela formação de novos laços afetivos que seguem um modelo de apego prototípico.

Situações que voltam a exigir a disponibilidade da figura de apego voltam a ativar o sistema de apego, reafirmando o lugar do sistema, na determinação dos sentimentos de segurança ou insegurança no decorrer da vida.

A interface entre estratégias de apego, comunicação e eventos disruptivos, segundo Bowlby (1969-2002), têm um poder preditivo de psicopatologias.

Kobak (1999) nos diz:

O risco de psicopatologia é maior, quando múltiplos fatores coincidem no aumento da ansiedade da criança, a respeito da disponibilidade do seu cuidador. A ansiedade e processos defensivos concomitantes que estão associados com a quebra da disponibilidade aumentam o risco de apego relacionado a medo, raiva ou tristeza, que podem se expressar em formas sintomáticas. (p.34).

A relação entre psicopatologias e somatizações foi mais freqüentemente vista em um padrão de apego descrito por Main e Solomon (1990, *apud* Cassidy & Shaver, 1999) como “desorganizado / desorientado” (DD), marcado na situação estranha com lapsos temporários nas estratégias de apego, com intenso medo, frio intenso e desorientação. Estudos com seus pais pontuavam uma forma paralela de desorganização em suas estratégias. Geralmente foram crianças expostas a abusos ou formas extremas de punições ou traumas, com um profundo dilema com relação a

suas figuras de apego, vistas como fontes de perigo e ameaça. Ou seja, as crianças têm um conflito em relação a situações imprevisíveis amedrontadoras em suas figuras de apego.

Finalmente, a ligação entre as respostas ao estresse e o apego parece incidir baseada nas observações de Main (1999), que afirma que, frente a situações de distresse, as crianças que estão nas categorias “organizadas” de apego inseguro, assim como as que estão na categoria de apego seguro, não apresentam as mesmas respostas do grupo “desorganizado”, devido a não terem experimentado sua principal figura de apego como amedrontadora, em si mesmas. Mesmo que a responsividade dessas figuras de apego tiver sido limitada ou não ótima, no grupo inseguro “organizado”. Por essa razão, elas se tornam capazes de desenvolver soluções alternativas a situações de medo.

Finalmente, crianças que caem na categoria “desorganizada” contrastam com as crianças das categorias segura e insegura “organizada”, no sentido de que elas crêem ter vivido repetidas experiências de medo sem soluções, resultantes de interações com a figura de apego que é fonte de alarme.

Isso levaria essas crianças a serem vulneráveis a desorganizações comportamentais precoces, que podem ser acompanhadas por concomitantes fisiológicos e eventuais alterações na estrutura cerebral.

Lyons-Ruth e Jacobvitz (1999) sugerem que estas amnésias da infância e falhas de memória podem se dever ao fato de que o hipocampo (sede da memória explícita) ainda não se encontra formado na infância precoce. E que a ação de hormônios ligados ao estresse interferiram na memória a longo prazo, talvez por um dano em estruturas cerebrais críticas à memória. O hormônio adrenocorticotrópico

levou, em seus estudos com animais, não somente à interferência na memória a longo prazo, mas tornava-os inábeis a aprender lugares seguros, por um possível impacto negativo sobre os circuitos ligados à memória.

Talvez alguns desses achados que ligam o estresse à dificuldade de memória, seja mediado por dificuldades no sono, que é mais freqüentemente encontrado em indivíduos que sofreram experiências traumáticas precoces.

Trabalhos anteriores nossos com pacientes com câncer (Galante-Nassif, 2000,2001) nos apontaram, com freqüência, falhas nas estratégias de enfrentamento dos pacientes, o que aguçou nossa necessidade de procurar entender suas causas, ou suas correlações. Nestes pacientes, suas famílias e seus laços afetivos estavam entre suas prioridades, ao mesmo tempo em que mostravam que suas dificuldades eram maiores em elaborar, compreender e atuar dentro destas relações.

Devido aos aspectos acima revistos, três componentes se destacam : primeiro, que a segurança da infância à vida adulta, deriva de avaliações correntes da disponibilidade de figuras de apego, ou seja, é uma relação construída. Segundo, embora os modelos operativos internos sejam resistentes a mudanças e levados aos vários relacionamentos, esses modelos indicam uma propensão, mas não determinam a avaliação das figuras de apego (dependendo do comportamento do parceiro de apego na atualidade). Terceiro, os modelos operativos devem ser reavaliados e revisados para acomodar novos relacionamentos (Bowlby, 1980). Conseqüentemente, a segurança do apego resulta de uma interação dinâmica entre modelos operativos internos e a qualidade de relacionamentos de apego atuais.(grifo meu).

I. B - INTERFERÊNCIAS NOS PADRÕES DE APEGO ATUAIS

Algumas situações não usuais poderiam interferir nas relações de apego. Entre estas, situações como um nascimento prematuro, diferenças de temperamento entre as crianças, circunstâncias adversas da vida, sejam sociais, econômicas, psíquicas, entre outras. Estas questões não poderiam ser esquecidas. Assim, teremos algumas situações estudadas por pesquisadores :

a) O bebê desempenhando um papel na determinação de seu meio ambiente.

Ucko (1965) observa esse efeito diferencial sobre o comportamento materno, em estudos com bebês que sofreram asfixia, com provável lesão cerebral mínima: ou o bebê se mostra apático e hipocinético ou é um bebê excitável e super reativo. Essas situações colocam as mães diante de problemas muito maiores do que os enfrentados pelas mães que têm um bebê que reage normalmente. Enquanto que o bebê mais apático pode levar a uma maior negligência da mãe, o hiper excitável pode levá-la à exasperação.

Ucko (idem) observou que as crianças do grupo asfiziado tinham uma sensibilidade auditiva maior em relação ao grupo controle e uma maior reatividade a mudanças na rotina, como mudanças, férias, separação, entrada na escola. Havia também uma intensidade das reações desproporcionais às causas e diferenças na quantidade e qualidade do sono.

b) Temperamento da criança

Enquanto alguns autores atestam que variações nos padrões de apego sejam um produto de diferenças de temperamento entre as crianças (Kagan e Snidman, 1991), outros atestam que essas diferenças de temperamento não são determinantes na

classificação das categorias de apego (Sroufe, 1985). Belsky e Rovine, (1987), utilizando a situação estranha, observaram a qualidade da relação entre a criança e seu cuidador, sem que o temperamento da criança interferisse nessa relação ou na classificação do tipo de apego.

c)Tendências da mãe e influências sobre o bebê.

O comportamento da mãe depende de situações complexas, pois deriva de suas histórias de relações interpessoais. A experiência da mãe com sua família de origem é prenúncio do modo como a mãe tratará seu bebê.

Sroufe (1985) destaca certos fatores que influenciam a qualidade do cuidador: suporte social do cuidador em situações estressantes; recursos pessoais do cuidador; abuso e negligência (extremas formas de maltratos são previsivelmente associados com marcada elevação do apego ansioso; quando há abuso físico e indisponibilidade emocional, há marcado aumento no apego evitativo); história do apego materno; crianças doentes (Sroufe detectou que crianças prematuras mais frequentemente formam relações ansiosas).

Bowlby conclui (1969/2002) que o modo como uma mãe trata seu bebê constitui um produto complexo que reflete como suas próprias tendências iniciais foram confirmadas, modificadas ou ampliadas por sua experiência pessoal com a criança. Sejam quais forem as causas dos comportamentos das mães em relação aos seus bebês, o autor refere que, no primeiro ano de vida da criança, as mães desempenham um papel muito maior do que os bebês na determinação do montante de interação que ocorre entre eles, ou seja, o comportamento da mãe desempenha um papel destacado na determinação do padrão de comportamento de apego que o bebê finalmente desenvolverá.

Para melhor avaliar os efeitos da relação de apego primária no desenvolvimento do indivíduo, temos os trabalhos que serão descritos a seguir, no Apego Adulto, cuja maior desenvoltura ocorreu na década passada.

I.C – APEGO ADULTO

As pesquisas com o apego adulto baseiam-se no conceito de Bowlby (1969/2002) de representações de apego ou modelos operativos. Bowlby (idem) criou a hipótese de que o indivíduo desenvolve representações de apego, ou modelos, consistentes com as crenças e expectativas de como as relações de apego operam e o que o indivíduo ganha a partir delas.

Desde que Hazan e Shaver (1987) introduziram as três categorias de apego adulto, como análogos à classificação de Ainsworth e col. (1978) em crianças, as pesquisas com o apego adulto no início focaram quase exclusivamente as diferenças individuais de apego. Múltiplas medidas de apego adulto foram analisadas, mas os trabalhos posteriores mostraram sua importância nas relações com o par romântico (Collins e Read, 1990), com psicopatologias (Breier e col, 1988) e, mais recentemente, com o desenvolvimento e alterações no sistema imunológico (Liu e col, 1997) e sua ligação com a resposta de controle regulatório do estresse e eventos de vida (Fabes e Eisenberg, 1997), assim como sua relação com a vulnerabilidade ou resistência ao estresse (Luecken, 1998) e de como os indivíduos que apresentaram perdas e separações com posteriores alterações emocionais podem sofrer mudanças patofisiológicas (Greene, 1966 ; Irwin e col., 1987 ; Ell e col., 1992 ; Heim e Nemeroff, 1999).

O desenvolvimento psíquico e comportamental do indivíduo é extremamente complexo e pesquisas longitudinais são difíceis de serem feitas. O trabalho realizado por Bowlby (1969/2002) e seguido por autores como Sroufe (1985), com crianças em idade escolar e adolescentes e posteriormente por Hazan e Shaver (1987), Bartholomew e Horowitz (1991) e Main, Kaplan e Cassidy (1985) com adultos, propõem haver uma função normativa nas relações de apego e conseqüências no desenvolvimento da personalidade e nas qualidades de apego no futuro.

Talvez a mudança mais proeminente no apego adulto, seja a mutualidade que passa a existir nas relações. O apego assimétrico (complementar) do início da vida, muda para uma relação de apego mais simétrica ou recíproca, na qual os parceiros sexuais mutuamente recebem e oferecem segurança.

De uma situação inicial em que a criança tem dificuldade em perceber as coisas de um ponto de vista diferente do seu (condição à qual Piaget deu o nome de “egocentrismo”), no apego adulto, a pessoa percebe as coisas do ponto de vista do outro e suas metas devem incluir as metas do outro, na busca de compartilhar um objetivo e um plano comuns.

Padrões de apego similares aos observados em crianças, também foram descritos nos trabalhos em adultos (Collins e Read, 1990; Hazan e Zeifman, 1999; Simpson, Rholes e Phillips, 1996; Kobak e Hazan, 1991). O sistema de apego é ativado no adulto, sobretudo para obter proximidade física e aumentar a sensação de segurança, quando os indivíduos se sentem ameaçados, vulneráveis ou estressados, mostrando comportamentos e feições emocionais “prototípicas”, associados com diferentes orientações de apego, que correspondem aos padrões anteriormente descritos por Ainsworth e col. (1978) – seguro, evitativo ou ansioso/ ambivalente.

Três classes de situações tendem a ativar o sistema de apego: situações que provocam medo; situações de mudanças e interações conflituosas. Apesar do comportamento do apego ser ativado nessas situações, ele é considerado ativo todo o tempo e continuamente monitorando o ambiente e a disponibilidade das figuras de apego.

A doença por si só provoca tanto mudanças afetivas, sociais, econômicas, como também é indutora de medo e interações conflituosas. Em se tratando de câncer e, principalmente, do câncer de mama, essas situações se tornam mais intensas, tanto pelo aspecto pessoal, por estar promovendo uma alteração em sua imagem, ligada à feminilidade, quanto pelas crenças ligadas ao significado imaginário do câncer. Também pelo aspecto social, sobretudo em nosso país, onde a maioria da população feminina tem direito somente ao Sistema Único de Saúde, com poucos centros especializados em Oncologia e com longas filas de espera. Onde serão atendidas por profissionais que não são conhecidos previamente, em uma relação ainda geralmente paternalista ou autoritária, onde poucas conseguem discutir ou interferir em seus tratamentos.

Situações estas de profunda insegurança, medo, que deveriam ativar todos os seus recursos internalizados. Se seguros, têm mais condições de colocar em ação a rede social e familiar de suporte. Caso contrário, o estresse frente a esta nova situação é maior.

O padrão seguro é associado com ego-resiliente ou com a habilidade de construtivamente modular sentimentos negativos em resolução de problemas e contextos sociais.

O grupo evitativo apresenta geralmente maiores níveis de hostilidade, interpretada como um produto de necessidades de apego frustrados e associada com expectativa de rejeição pelos outros.

O grupo preocupado tem as maiores taxas de ansiedade. Seus auto-relatos indicam uma competência baixa e maiores níveis de sintomas psicossomáticos.

O padrão de comportamento do grupo desorganizado/ desorientado indicam episódios de desorganização comportamental, denotando uma falha em estabelecer padrões de comportamento organizados e coerentes.

Simpson, Rholes e Nelligan (1992), estudando o apego adulto em situações que provocavam ansiedade, constataram que as pessoas com estilos de apego seguro se comportavam diferentemente das pessoas com apego inseguro em termos de contato físico, comentários suportivos e esforços em procurar e oferecer suporte emocional. Derivando desses estilos, há uma influência em outros aspectos do relacionamento, como satisfação, intimidade e amor entre os parceiros. Segundo os autores, como os padrões de apego identificados na criança são fenotipicamente similares aos caracterizados no adulto e como as conseqüências desses estilos para os comportamentos e emoções são semelhantes através de diferentes níveis do desenvolvimento, a teoria do apego continua sendo um modelo viável para entender os relacionamentos adultos.

Nessa perspectiva, comparações gerais entre crianças e adultos podem ser informativas, visto haver uma continuidade no comportamento do indivíduo através do tempo.

Os achados de Simpson, Rholes e Nelligan (1992) mostram que as pessoas com apego seguro e evitativo diferem na busca e oferta de suporte em função do nível de ansiedade despertado no seu par romântico. Especificamente, mulheres mais seguras tendem a procurar por maior suporte à medida que seu nível de ansiedade aumenta, usando seu parceiro como fonte de conforto e tranquilidade, enquanto que mulheres com apego evitativo tendem a procurar menor suporte, tanto física quanto emocionalmente, com a ansiedade crescente. Porque seu motivo de procurar proximidade é geralmente frustrado ou raramente satisfeito. Essas mulheres mencionam menos o evento estressante ao parceiro.

As pessoas com apego seguro procuram e provêem suporte, quando surge o distresse nos relacionamentos e essa tendência facilita e talvez produza maior interdependência e afeto positivo. Pessoas que possuem um estilo de apego seguro tendem a desenvolver modelos mentais de si mesmas como sendo importantes, dignas, afetivas e responsáveis e o conceito dos outros como acessíveis, confiáveis e bem-intencionados. Os indivíduos seguros reportam que desenvolvem relações íntimas facilmente, se sentem confortáveis em depender dos outros e em ter os outros dependendo deles e raramente se vêm abandonados ou extremamente ligados a outras pessoas (Hazan e Shaver, 1987). Seus relacionamentos românticos tendem a apresentar maior frequência de sentimentos positivos, por altos níveis de confiança, companheirismo, satisfação e interdependência, com um estilo de amor positivo e feliz.

Indivíduos com um apego ansioso / ambivalente tendem a elaborar padrões de modelos mentais de si mesmos como sendo mal-entendidos, depreciados e dos outros como sendo não confiáveis, não disponíveis e incapazes de se empenharem em uma longa relação de confiança. Relatam que os outros são relutantes em se tornar tão

íntimos quanto eles gostariam e freqüentemente pensam que seus companheiros não os amam ou que vão abandoná-los (Hazan e Shaver, 1987). Seus relacionamentos apresentam mais sentimentos negativos, menores níveis de confiança, satisfação e interdependência, possuindo formas de amor obsessivas, preocupadas e ciumentas.

Finalmente, os indivíduos com estilo evitativo percebem a si mesmos como sendo indiferentes, emocionalmente distantes, fechados e os outros como não confiáveis e geralmente desejosos em terem relacionamentos longos, se sentindo desconfortáveis com a intimidade. Apresentam dificuldades em confiar ou depender dos outros, se sentindo apreensivos se alguém procura maior proximidade (Hazan e Shaver, *idem*). Assim, também seus relacionamentos levam a uma maior incidência de sentimentos negativos, menores níveis de confiança, satisfação e interdependência.

Como as pessoas evitativas, as pessoas ansiosamente apegadas também sofrem de um conflito interno com relação às necessidades de proximidade. Elas precisam e desejam proximidade, embora receosas de não receberem tanto quanto desejam, devido às suas figuras de apego prévias terem sido inconsistentemente disponíveis. Como resultado, a necessidade de proximidade se torna associada à raiva em direção à figura de apego.

No estilo evitativo, o conflito interno leva a um comportamento simples, unipolar, esquivo.

No estilo ansioso, entretanto, o conflito interno atua em um comportamento contraditório, conflituoso, ambivalente, na presença da figura de apego, freqüentemente misturando comportamentos de busca de contato com raiva, resistência e rejeição. Como os adultos ansiosamente apegados desejam intimidade e relacionamentos suportivos, mas tipicamente não se envolvem nestes, o

comportamento das pessoas ansiosas no estudo de Simpson, Rholes e Nelligan (1992) refletem comportamentos ambivalentes de aproximação e distância em relação a seus parceiros. Como as pessoas com apego inseguro falham em buscar e oferecer suporte, esses comportamentos provocam uma interdependência fraca e maior frequência de afetos negativos.

Fraley e Shaver (1999) verificaram que adultos com apego rejeitador / evitativo são capazes de suprimir a ativação latente de seu sistema de apego, com experiências repetidas, na tentativa de suprimir pensamentos e emoções relacionadas ao apego, em um padrão defensivo. Para tal, ativam várias estratégias comportamentais (como evitando contato próximo), estratégias emocionais (como a de não se permitirem ficar emocionalmente apegados) e estratégias cognitivas (como as de redirecionar a atenção de qualquer estímulo que possa ativar o sistema de apego)

De acordo com a teoria do apego (Ainsworth e col., 1978), entretanto, essas falhas não destroem o desejo de proximidade. Mas, como as pessoas evitativas associam a necessidade da proximidade com rejeição, ocorre que, por fim, os esforços defensivos em querer a proximidade ficam em cheque. A autora sugere que as pessoas com estilo esquivo desejam e necessitam proximidade, mas simultaneamente têm medo dela. Sob situações de estresse, entretanto, o sistema de apego pode ficar suprimido porque a informação defensiva processada mostra uma prevenção consciente das necessidades do apego. Assim, as pessoas com estilo evitativo sob grande ansiedade, menos frequentemente buscam suporte em seus parceiros e, para suprimir o sistema de apego, inclusive se distanciam física e emocionalmente de seus parceiros. Da mesma forma, quando seus parceiros necessitam de suporte, tendem a manter suas tendências defensivas supressivas do apego.

As pessoas com apego ansioso / ambivalente sofreram experiências nas quais as tentativas em manter contato com suas figuras de apego foram associadas com comportamentos inconsistentes ou não previstos. Em situações de estresse, o sistema de apego é pronta e intensamente ativado, na busca de suporte. Entretanto, elas tendem a perceber seus parceiros também como sendo não previsíveis em termos de suas necessidades, tendendo a se envolverem em relacionamentos não satisfatórios, nos quais o suporte emocional não existe. Outro aspecto é o de que pessoas com estilo de apego ansioso / ambivalente tendem a se preocupar sobretudo com suas necessidades e a ficar com raiva dos outros, porque seus conflitos têm raízes em relacionamentos passados ou presentes. Estes auto-centrismo e ressentimento os tornam não confiáveis como fonte de suporte para os outros.

Bowlby (1969/2002) também levantou a hipótese de que mudanças nos padrões de apego podem ocorrer na vida futura, pela influência de novos relacionamentos de apego e pelo desenvolvimento do pensamento operativo formal. A combinação dos eventos permitiria ao indivíduo refletir e reinterpretar o significado das experiências atuais e do passado, tornando possível que um novo relacionamento possa levar à construção de uma nova representação de apego (Owens e al., 1995).

Hazan e Zeifman (1999), estudando padrões de apego na adolescência e no adulto, constatam que há uma tendência geral, na busca de parceiros, em escolher o que é semelhante a eles próprios, em numerosas dimensões, como o estado sócio-econômico. Observaram que, tanto o homem quanto a mulher, preferem os que são responsivos e competentes e esses traços importam mais do que beleza e riqueza.

Uma metáfora interessante da dinâmica do processo do apego foi descrita por Berthoud (1997), imaginando o apego como uma nascente inesgotável de água.

Quando esta água é pura e cristalina, o indivíduo, que conheceu a água bebendo pela primeira vez de uma água boa, a terá como modelo, como referência. Terá condições de distinguir uma água pura daquela contaminada, que não irá lhe servir. Terá condições de, uma vez saciado, se aventurar a grandes explorações de sua própria vida, mesmo que muito distante da fonte primeira. Sempre que se sentir sedento, saberá que pode voltar pois a água sempre estará lá. Será capaz de saciar a outros, pois leva consigo desta água boa. E, um dia, quando amadurecido, poderá ele próprio se tornar uma nova nascente.

Bromberg (1997) verificou em seus estudos que ocorrem os mesmos sintomas somáticos na criança que vive a privação emocional e no indivíduo adulto enlutado. Outro ponto coincidente que observou, esteve na relação com o meio, com a tendência ao afastamento e ao isolamento social. A depressão emocional trazendo a suscetibilidade a doenças também estando presente.

As mesmas seqüências de comportamentos descritos nas crianças são observadas em vários estudos de luto no adulto: uma ansiedade e pânico iniciais, seguidos por uma letargia e depressão e eventualmente pela recuperação através de um desapego emocional (Hazan e Shaver, 1992; Parkes e Weiss, 1983).

Outros aspectos comuns nos momentos prévios ao diagnóstico do câncer, ou concomitante, são situações estressantes sobretudo no âmbito familiar. Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996) verificaram que rupturas nos relacionamentos (sobretudo o divórcio), torna a pessoa mais suscetível a uma série de doenças físicas e psicológicas (provavelmente por uma falha no funcionamento do sistema imunológico), assim como a acidentes, abuso de drogas, suicídio e várias outras psicopatologias.

Caspi e col. (1997), em estudo longitudinal do nascimento até os 21 anos, procuraram identificar certos comportamentos que podem indicar um risco à saúde: dependência alcoólica, crime violento, sexo não seguro e hábitos de direção perigosos. Acessaram traços de personalidade distintos, classificando as crianças em grupos ditos: subcontrolados, confidentes, reservados/ inibidos. Os traços de personalidade acessados seriam estilos de como se referem ao mundo; eles representam tendências de se comportar, pensar e sentir em certos caminhos consistentes. Os autores constataram que as crianças classificadas com temperamentos fora de controle, já aos 3 anos, foram as que mais significativamente se envolveram em comportamentos de risco aos 21 anos. Seus estudos confirmam que as variáveis nos estilos de personalidade têm uma continuidade até a vida adulta e que as variações temperamentais são formadas no ambiente familiar. Os adolescentes que com 18 anos foram caracterizados com baixas taxas em quesitos como tradicionalismo, evitar danos, controle e proximidade social e, por outro lado, com altas taxas nos quesitos alienação e agressão, foram os que mais se envolveram nos comportamentos de risco aos 21 anos.

Finalmente, as consequências de perdas e da separação materna durante a infância, têm sido de interesse primordial nas pesquisas nos últimos 30 anos. Um foco de estudo nesta complexidade, seria o da ligação potencial entre este modelo psicobiológico de apego e a suscetibilidade à doença.

Algumas doenças têm sido classicamente descritas como «doenças psicossomáticas», como a úlcera péptica, a asma brônquica, a hipertensão essencial, a tireotoxicose, a colite ulcerativa, a artrite reumatóide e a neurodermatite. Os teóricos psicossomáticos, buscam entender o desenvolvimento destas doenças sob o papel das emoções e de eventos estressantes da vida.

Nossa experiência dentro da medicina tem nos oferecido suporte, por meio não somente da história clínica de nossos pacientes, mas também de suas histórias de vida, a observar que a maioria das doenças (excetuando as traumáticas, tóxicas, ambientais, como exemplos de ação direta exterior) sofre, direta ou indiretamente, a influência psíquica em sua evolução.

A grande questão sempre foi a de procurar entender o porque que algumas pessoas, mesmo frente a extremas situações de estresse, apresentavam uma evolução física diferente de outras pessoas, que desenvolviam doenças graves, mesmo frente a situações menos intensas.

Nossa investigação pode nos trazer subsídios para que possamos responder muitas destas questões e a literatura nos orientou, como seguimos revendo.

I.D-BASES PSICOBIOLOGICAS DO APEGO.

O contexto das respostas comportamentais de primatas não humanos infantis em situações de separação de suas mães tem sido estudado em uma visão psicobiológica. Assim, estudam-se as respostas fisiológicas infantis à separação materna, ao mesmo tempo em que se investigam seus comportamentos.

Algumas pesquisas abaixo citadas, embora sejam datadas de décadas atrás, abriram caminho para todas as pesquisas atuais e são citadas nestas, o que nos levou a incluí-las em nossa revisão.

Hinde e Spencer-Booth (1971) dirigiram suas pesquisas com macacos Rhesus, em um sentido particular: observaram que diferenças de comportamento das mães

foram de importância fundamental na interação mãe-filhote nos meses iniciais, sendo que a rejeição materna servia para aumentar o comportamento de dependência do filhote. A independência do filhote se mostrava com sua atividade locomotora maior e os comportamentos exploratórios foram iniciados pelo próprio filhote.

No ambiente social, havia uma interação com outros companheiros sociais e as fêmeas interagiam mais que os machos, sobretudo as fêmeas nulíparas; e a natureza da interação variava com a idade do filhote, sobretudo pela proteção materna decrescente. As mães toleravam mais as fêmeas submissas, que podiam ser controladas. Assim, a relação do filhote com o grupo e com as outras fêmeas, dependia mais da relação da mãe com estes.

Os filhotes rejeitados por suas mães gastavam mais tempo em manter proximidade com elas. Quando os filhotes eram separados de suas mães, os que ficaram menos tempo separados vivenciaram menor depressão em suas atividades e se recuperaram mais rapidamente do que os que tiveram períodos mais longos de separação. Assim, há uma relação entre a extensão da separação e os efeitos do período de separação, quantitativa.

O índice de distresse da separação materna foi maior nos filhotes machos. Os filhotes que apresentaram os maiores índices de distresse com a separação, foram os que haviam sido rejeitados previamente por suas mães, os que gastavam mais tempo buscando uma proximidade com elas. Assim, o trabalho mostra que o índice de distresse do filhote à separação está relacionado à natureza do relacionamento antes da separação.

Para verificar os efeitos tardios dessas relações precoces e dos efeitos da separação, Hinde e Spencer-Booth (1971) estenderam suas pesquisas, acompanhando

os filhotes e observaram suas reações frente a situações perturbadoras ou frustrantes, comparando-os com filhotes nunca separados de suas mães. Os filhotes que sofreram separações prévias apresentaram uma atividade menos ativa que o grupo controle, sugerindo que as diferenças são persistentes no tempo.

Butler, Suskind e Schanberg (1978), realizando o experimento da privação materna induzida em filhotes de ratos, constataram um decréscimo da atividade da ornitina-descarboxilase (ODC) no cérebro e no coração, aspectos que são independentes da nutrição e sim diretamente causados pela ausência do comportamento materno de cuidados ativos.

A ODC é uma importante enzima na biossíntese de poliamina e está elevada nos tecidos sob rápido crescimento e diferenciação. No cérebro e no coração de ratos pré-desmame, essa enzima atinge seu pico durante os períodos de máxima síntese de RNA e DNA. A atividade da ODC é um sensível índice da maturação do SNC.

Embora glicocorticóides séricos estejam elevados em situações estressantes e sua administração inibe a atividade da ODC no cérebro de ratos pré-desmame, não são os glicocorticóides adrenais o aspecto envolvido na redução da atividade da ODC, pois a adrenalectomia não bloqueia esse efeito e sim a privação materna.

Estas constatações são muito importantes, pois a privação materna levou a uma conseqüência fisiológica a nível cerebral (e no coração), qual seja, a redução de uma enzima envolvida nos processos de formação destes órgãos. Esta pode ser a base que justifique publicações atuais em crianças que vivem sob intensa privação e, como conseqüência, redução da massa encefálica (Jornal Estado de São Paulo, 2005).

Na linha psicobiológica do apego, seguimos com Kraemer e col. (1984), que constataram que a privação social em macacos Rhesus na infância resulta em um aumento da sensibilidade a d-anfetamina empregada dois a três anos após a experiência de separação. Esses efeitos comportamentais semelhantes a uma psicose esquizofrênica-paranóide observados, estão associados a níveis aumentados de norepinefrina no CSF. Sabe-se que altas doses do fármaco d-anfetamina induzem uma psicose esquizofrênica- paranóide em humanos normais e mesmo baixas doses podem exacerbar os sintomas em alguns pacientes esquizofrênicos.

Assim, o apego pode ser responsável por variações nas respostas neuroquímicas e estas persistem no correr da vida, em forma de uma sensibilidade alterada aos efeitos da d-anfetamina.

Vários mecanismos podem ser aventados na relação entre experiências precoces de apego-separação e alterações fisiopatológicas futuras. Primeiro, experiências de separação precoces resultam em mudanças a longo prazo em padrões de comportamento de enfrentamento, que são, por outro lado, acompanhadas (ou precedidas) por alterações no funcionamento fisiológico. Experiências com animais primatas sugerem que deficiências no comportamento materno, baixas taxas de medidas comportamentais de sociabilidade e confiança e desempenho social deficiente, caracterizam alguns macacos adultos que sofreram experiências de separação precoce. Estas diferenças comportamentais podem ser acompanhadas por diferenças fisiológicas.

Uma segunda possibilidade é o relatado fenômeno de memória imunológica. Os linfócitos recebem sua “educação” sobre o que pertence ao indivíduo e o que não pertence, precocemente no desenvolvimento e seus descendentes clonais permanecem

em circulação por anos. Assim, não é surpreendente que estressores precoces, como a separação materna, possa afetar a resposta linfocitária e esse efeito permanecer na vida adulta.

Nesta linha de pesquisa, Hofer (1987), estudando ratos com experiência de separação precoce, constatou alterações na temperatura corporal (redução), taxas alteradas da frequência cardíaca (aumento da resistência vascular e aumento de batimentos ectópicos), distúrbios do sono (diminuição do sono REM, aumento dos despertares), aumento do consumo de oxigênio, diminuição do Hormônio de Crescimento, diminuição da atividade das células T, diminuição da concentração de catecolaminas. Constatou também que as alterações agudas observadas no rato, persistiam, mesmo com a restauração da presença da mãe.

A mãe, segundo o mesmo autor (Hofer, idem), afeta o comportamento dos filhotes, por exercer uma função reguladora cerebral, via sistema catecolaminérgico, que também media o comportamento do sono da criança. Outra função materna seria a de uma função termal, como uma função reguladora. Sugere que em humanos essa função reguladora se torna acentuadamente “internalizada”, envolvendo funções simbólicas e associativas.

Laudenslager e col.(1985) também puderam constatar alterações na resposta imunológica de primatas (*Macaca nemestrina*) adultos, com separação materna precoce (com menos de um ano). O grupo testado mostrou uma significativa supressão da proliferação linfocitária à fitohemaglutinina, concavalina A e mitógenos . Ou seja, respostas imunes alteradas no adulto podem derivar de experiências de separação social precoces.

Bayard e col. (1990), estudando macacos - bebês Rhesus durante quatro dias de separação materna, total ou parcial, constataram que as maiores diferenças encontradas foram na quantidade e qualidade das vocalizações, com a ocorrência de morder a gaiola, agitação, exploração de objetos e posturas encurvadas ou de indiferença (congelados). As concentrações no líquido céfalo-raquidiano (CSF) de metabólitos de dopamina e serotonina não discriminou entre as duas situações, mas mostraram uma elevação transitória com 24 horas de separação e retorno ao normal com 96 horas da separação. Em contraste, tanto o cortisol plasmático quanto os metabólitos da norepinefrina no CSF foram muito elevados e persistiram por longos períodos de tempo.

Em termos de comportamento (Bayard e col.,idem), após um período inicial de chamado e agitação (fase de protesto), a ausência total do retorno social do contato com a mãe leva a uma cessação desse comportamento, entrando em um estado de depressão. Quando a mãe é deixada próxima, o macaquinho gasta mais tempo chamando e a natureza desse chamado é diferente. Tanto a qualidade quanto a quantidade das vocalizações parecem ser importantes no processo de reduzir o estresse quando há algum retorno social durante a separação. Assim, a presença próxima ou ausência da mãe durante a separação afeta as respostas dos filhotes tanto afetivamente quanto cognitivamente, como também afeta em níveis comportamentais e neuroendócrinos.

Consideramos importante ressaltar que vários aspectos podem interagir quando se procura uma relação entre diferenças individuais fisiológicas e respostas comportamentais a agentes estressores, difíceis de serem levantados em situações de pesquisas com primatas, como a presença ou ausência de suporte social na forma de apegos alternativos. Da mesma forma que diferenças biológica ou geneticamente

determinadas podem interferir na reatividade autonômica, produzindo um aumento ou diminuição da vulnerabilidade aos estressores.

Procurando detalhar melhor as modalidades de separação materna e sua influência sobre o filhote em macacos (*Saimiri sciureus*), Wiener, Levine e col. (1990) avaliaram concomitantemente as respostas pituitária-adrenal sob condições ambientais diferentes, por 24 horas. Submeteram a separação em três condições: a) Familiar (o filhote permanecia no seu “lar”) b) Adjacente (o filhote ficava em gaiola adjacente à mãe); c) Total (o filhote totalmente isolado). Analisaram a espectrografia das vocalizações dos filhotes. Os resultados comportamentais indicam que a frequência e número dos chamados foi maior na condição total, assim como as elevações do cortisol plasmático e dos metabólitos das catecolaminas no CSF (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol: metabolito da norepinefrina; e ácido homovanílico: metabolito da dopamina) . Entretanto, o ácido 5-hidroxiindolacético, metabolito da serotonina, não se alterou. Houve também um aumento da tirosina hidroxilase.

No intuito de discriminar mais estas variantes, Boccia e col. (1994), estudando filhotes de macacos, procuraram analisar as diferenças na vulnerabilidade à separação materna, considerando tanto aspectos intrínsecos quanto extrínsecos. Os fatores extrínsecos que afetam a resposta biocomportamental à separação, dependem da qualidade com o objeto de apego primário, a presença e qualidade de suporte social na forma de apegos alternativos, e a natureza do acontecimento na qual a separação aconteceu. Fatores intrínsecos individuais que afetam a resposta à separação, incluem fatores temperamentais, tal qual a reatividade autonômica (como a refletida pela frequência cardíaca e sua variabilidade) e diferenças básicas no funcionamento do sistema neurológico, como as aminas ou opiáceos do SNC.

Em adição aos efeitos comportamentais, os mesmos autores (Boccia e col.,1994) encontraram mudanças significativas nos parâmetros imunes, como consequência da separação, em filhotes sem suporte social prévio. Incluíram baixas respostas proliferativas das células T e B aos mitógenos fitohemaglutinina (PHA) e concavalina A (ConA) e uma redução da citotoxicidade natural dos linfócitos contra células K562 marcadas. Esses efeitos também foram observados em macacos juvenis. Quando os filhotes tinham um suporte social prévio, mantido na separação da figura do apego primário, conseguiam mitigar as consequências comportamentais e imunológicas.

Esse trabalho tem a relevância de mostrar que padrões de apego interferem não somente afetiva e comportamentalmente nas respostas a situações estressantes, como a separação, mas que também interferem no sistema imunológico e em sua função protetora contra a transformação celular maligna.

Boccia e col. (idem) também procuraram focar o *constructo* do temperamento em primatas. Separaram os filhotes, de acordo com suas frequências cardíacas, nos grupos: “inibido” e “desinibido”. Observaram que o grupo classificado como inibido (maiores taxas de F.C.) exibiram um distresse significativamente maior após a separação, com vocalização exacerbada, alterações imunológicas e reações fisiológicas mais marcadas, mostrando que o temperamento tem valor preditivo no comportamento em situações de separação. Os autores acreditam que as características de temperamento têm suas bases em diferenças neurobiológicas. Especificamente, uma reatividade autonômica refletida na variabilidade da F.C. Este aspecto pode ser relatado como uma vulnerabilidade biocomportamental ao estresse.

Também diferenças básicas biológicas e do meio social (no sentido de suporte social presente ou ausente, na forma de apegos alternativos) têm sido importantes como preditivos de respostas depressivas às perdas. A relação entre esses fatores e as diferenças individuais é ainda desconhecida, sendo um importante campo de pesquisa em aberto.

Concluindo, estes trabalhos com primatas constataam que separações precoces afetam os sistemas neurológico, endócrino e imunológico e estas alterações persistem até a vida adulta.

O que pode ser a base para a suscetibilidade à doença, posto que estas alterações persistem na vida adulta, condicionando as respostas a eventos estressantes.

PARTE II – NEUROIMUNOENDOCRINOLOGIA E A SUSCETIBILIDADE À DOENÇA.

A imunidade tem um papel fundamental na manutenção da homeostasia corporal e da saúde. O aparelho imunológico é dividido, a grosso modo, em dois grandes componentes: o humoral (ou reações mediadas via anticorpos) e o componente celular.

O humoral apresenta reações antígeno-específicas, veiculadas por imunoglobulinas, como IgA, IgG, IgM ou IgE. Quando estimuladas por antígenos específicos, os linfócitos B ativamente produzem anticorpos específicos. As interações antígeno-anticorpo estão geralmente envolvidas nos processos inflamatórios, em reações transfusionais e em várias reações auto-imunes.

A imunidade celular tem seu primeiro processo envolvendo hipersensibilidade (como o teste cutâneo à tuberculina) e a rejeição ao tecido transplantado. Nesse sistema, os linfócitos T são ativados por antígenos específicos que interagem na superfície de receptores, liberando substâncias ditas linfocinas.

Os linfócitos são geneticamente condicionados a interagir com antígenos particulares. Os linfócitos B são derivados de células da medula óssea em mamíferos, produzindo as imunoglobulinas, quando estimulados. O timo tem importância na diferenciação dos linfócitos T, envolvidos na imunidade celular. Entre os testes que indicam a imunocompetência celular, temos a resposta a mitógenos, substâncias como fitohemaglutinina ou concavalina A, que estimulam a mitose nessas células; a citotoxicidade linfócito-T e a atividade das células *Natural Killer* (NK), esta última muito importante contra o desenvolvimento de infecção viral e malignização celular

(função de supervisão, reconhecendo as células que sofreram transformação maligna e eliminando-as, antes que o crescimento tumoral ocorra)

Outra função das células T seria a de regular respostas humorais dos linfócitos B, em reações seja de aumento (células T de ajuda ou "*helper T cells*") ou supressão (*suppressor T cells*)

A imunidade humoral não está plenamente desenvolvida no nascimento de seres humanos, mas atinge uma maior complexidade até um a dois anos de idade. Durante a gravidez há uma diminuição da imunidade celular na mulher, presumivelmente como proteção ao feto. Populações idosas podem ter um aumento do número de auto-anticorpos, o que leva a um risco aumentado de desordens auto-imunes nessa faixa etária. Também a preponderância do desenvolvimento de doenças malignas na população mais idosa tem implicações com o sistema imune. A imunossupressão que o estresse consegue induzir pode implicar em uma maior suscetibilidade à doença e à morte.

Há também variações diárias no sistema imune, conhecidas como ritmo circadiano, tanto na parte humoral quanto celular. Há também outras diferenças, como de sexo (por exemplo, as mulheres têm 20% mais IgM) e de raça (negros têm mais IgG que brancos). (Rogers, 1979).

O sistema neuroendócrino é essencial ao desenvolvimento ontogenético do sistema imune e vice-versa. Há locais específicos na superfície de linfócitos para insulina (hormônio envolvido sobretudo na regulação do metabolismo de carboidratos), histamina (ligada às reações imunológicas de hipersensibilidade, como urticárias), prostagandinas (hormônios importantes, como por exemplo, na fisiologia ginecológica), acetilcolina, catecolaminas B-adrenérgicas (ligadas ao

Sistema Nervoso Autônomo), afetando a atividade funcional dos linfócitos. Mostrando haver uma relação entre o sistema neurológico, hormônios (sistema endócrino) e o sistema imunológico, agindo ao mesmo tempo no organismo, seja na manutenção da saúde ou na doença.

A ligação evidente entre o SNC e o sistema imune ocorre pela simples existência de receptores colinérgicos e *B*-adrenérgicos em certos linfócitos.

Nesta linha de pesquisa, Besedovsky e colegas (1977), imunizando ratos com dois antígenos diferentes, notaram um aumento de hidrocortisona (hormônio produzido pela supra-renal) e um decréscimo de tiroxina (hormônio produzido pela tireóide), coincidentes com a formação de anticorpos e com o aumento simultâneo da atividade elétrica em neurônios do hipotálamo ventromedial, enfatizando a importância do sistema neuroendócrino durante a indução da resposta imune.

Ao falarmos das alterações do sistema imune pelo estresse, Gunnar (1987) descreve a Psicobiologia do Desenvolvimento como sendo a área de interface entre os processos fisiológicos e comportamentais que estuda o estresse e como o organismo é afetado por experiências estressantes.

Em 1936 Hans Selye usa o termo estresse e lança a hipótese que uma constelação de eventos psicológicos e fisiológicos que ocorrem em pacientes enfermos representem as conseqüências de uma severa e prolongada aplicação de respostas adaptativas. Chama a este estado “Adaptação Geral ou Síndrome do Estresse”.

Selye (1955) mostra que nem todo estado de estresse pode ser nocivo, usando assim os termos “*eustress*” e “*distress*”, dependendo da intensidade e duração dos efeitos que alterem a homeostasia.

A resposta generalizada ao estresse, ou a Síndrome de Adaptação Geral, ocorre através do Hormônio Liberador de Corticotropina (CRH) e dos sistemas locus-*ceruleus* / norepinefrina. Se a homeostasia é ameaçada, esses efetores agem diretamente dentro do Sistema Nervoso Central (SNC) para facilitar as vias adaptativas neurais que promovem atenção, despertar e agressividade. E inibem outros, como funções vegetativas, comportamento sexual e reprodução.

Na periferia, o Hormônio Liberador de Corticotropina (CRH) e o sistema locus *ceruleus* / norepinefrina atuam através das catecolaminas e dos glicocorticóides, que redirecionam o fluxo sanguíneo ao SNC e mobilizam o estímulo à ação imediata.

Os glicocorticóides atuam no sentido de regular os efeitos da resposta ao estresse, no sentido de prevenir as conseqüências de uma ativação excessiva ou prolongada desse sistema, por antagonizar o Hormônio Liberador de Corticotropina. Os glicocorticóides também mediam a imunossupressão.

Assim, os dois principais componentes da resposta geral adaptativa são o Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH) e o *lócus ceruleus*/norepinefrine (LC-NE) autonômico (simpático) do sistema nervoso. (Chrousos, 1992).

O sistema CRH se estendendo através do cérebro, mas sobretudo ao núcleo paraventricular do hipotálamo, ativando o eixo pituitário-adrenal e o sistema nervoso simpático, leva a um aumento na glicemia, na frequência cardíaca, na pressão arterial. Administração central de CRH altera funções vegetativas, como reprodução e

alimentação; altera o sono e induz comportamentos semelhantes à depressão e ansiedade, como respostas exacerbadas ao medo, diminuição da exploração ambiental, alteração na motricidade.

Três sistemas maiores cerebrais são ativados pelo sistema de estresse e também o influenciam em contrapartida.

Primeiro) Sistemas mesocorticais e mesolímbico dopaminérgicos. São ativados pelo Locus-coeruleus e norepinefrina/sistema simpático. Este inerva o córtex pré-frontal, local relacionado à cognição. O córtex pré-frontal liga-se ao núcleo accumbens, que tem um papel no fenômeno motivacional/ reforço/ lembranças.

Segundo) O complexo amígdala/ hipocampo é ativado durante o estresse por neurônios noradrenérgicos, com origem no locus coeruleus/ sistema simpático, condicionando a reação emocional ao estresse, como o medo.

Terceiro) Ativação do CRH no núcleo paraventricular, leva à ativação de neurônios arqueados próopiomelanocortinos que se projetam a outras áreas cerebrais – dando o efeito analgésico opióide e influenciando o tônus emocional.

O eixo reprodutivo é inibido em vários níveis do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal. O CRH inibe o hormônio liberador do hormônio luteinizante. O crescimento também é inibido durante o estresse. Embora haja uma elevação aguda do Hormônio de Crescimento inicialmente, o efeito prolongado do estresse leva a uma supressão da secreção deste.

Há também uma inibição da função do eixo tireoideano, com decréscimos na produção do TSH (Hormônio estimulante da tireóide).

O sistema de estresse também tem um efeito inibidor na resposta imune.

Em adição à depressão e ansiedade, associados ao aumento prolongado da atividade e secreção do CRH, outros sintomas surgem, como anorexia nervosa, ou obesidade, ansiedade, pânico, desordens obsessivo-compulsivas, alcoolismo e vícios a outras drogas, exercícios excessivos, má-nutrição, hipertireoidismo, vulnerabilidade a doenças inflamatórias e um síndrome semelhante a Doença de Cushing, com polifagia, ganho de peso, fadiga e sono excessivo. (Chrousos, 1992).

Mason (1968) mostra evidências de que as emoções despertadas pelos estressores são específicas, dependendo do agente estressor e dos aspectos cognitivos e emocionais do indivíduo.

O caminho fisiológico desencadeado pela situação de estresse envolve os sistemas simpático-adrenomedular, endócrino e imunológico, além do primeiramente descrito eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Assim, de um estímulo de centros corticais e subcorticais no hipotálamo, resulta em ativação simultânea do sistema pituitario-adrenocortical e a produção de glicocorticoides (sobretudo cortisol, em primatas) e o sistema simpático-adrenomedular e a liberação periférica de catecolaminas (epinefrina na medula adrenal e norepinefrina em nervos terminais cardíaco, muscular e de glândulas endócrinas). A ativação desses sistemas atua em todo o organismo, afetando processos metabólicos e hormonais (Gold, 1988 a,b).

Os trabalhos na literatura têm dado importância a situações traumáticas, implicadas tanto na instalação, quanto no curso de doenças, como as auto-imunes (Mrazek, e col.,1987), doenças infecciosas (Cohen e col.,1991)e, nas últimas três décadas, relacionadas ao câncer (Pettingale e Greer, 1977; Fawzy e col.,1995). Os

trabalhos procuram focar mudanças estressantes maiores na vida da pessoa, tais quais o luto (Parkes e Brown., 1972; Fraley & Shaver, 1999).

Esses estudos epidemiológicos ajudam-nos a entender o estresse como mudança recente na vida, que atua como fator de risco, pela suscetibilidade do indivíduo ao evento, aumentando a probabilidade de uma doença. Em outra parte de nossa revisão (Psico-Oncologia), abordaremos os trabalhos que correlacionam o estresse a algum aspecto da doença cancerígena.

Dentro do campo da conexão entre o sistema neurológico e a resposta imunológica, Kang e col. (1991) demonstraram que a atividade de certas respostas imunológicas, como de células NK e níveis de imunoglobulinas M apresentavam correlação com assimetria frontal, no sentido de uma maior ativação, direita ou esquerda. Sabe-se que a região frontal é especializada no processamento das emoções, modelando respostas comportamentais. Este estudo levanta a questão que essa alteração cerebral pode ser uma condição predisponente que levaria a uma alteração em termos da vulnerabilidade individual às doenças. Entretanto, estas diferenças individuais podem se tornar evidentes somente em resposta a eventos de vida estressantes, segundo os autores, ou após exposição a agentes patogênicos ou em idade avançada. A hipótese levantada seria a de que o traço de maior ativação frontal direita representa uma possível diátese para desordens afetivas ou de ansiedade (ou ambas). Similarmente, essa condição pode interagir com o processo imune de senescência para criar uma maior vulnerabilidade a doenças no correr da vida.

Outra linha atual de pesquisas, ainda procurando conectar a fisiologia cerebral à expressão emocional, foi utilizada por Davidson e col. (1990), medindo a atividade elétrica cerebral durante as experiências de alegria e desgosto. Desgosto foi associado

à ativação do hemisfério direito – região frontal e temporal anterior. Alegria foi acompanhada pela ativação do hemisfério esquerdo – região temporal anterior. Os autores não observaram assimetria entre as emoções e as regiões central e parietal.

Greenough e al. (1987) notaram que os efeitos da experiência no cérebro não são uniformes de indivíduo para indivíduo: mulheres e homens respondem diferentemente a estímulos similares e animais cegos fazem diferente uso do estímulo auditivo em relação a animais com visão normal. E as diferenças individuais, segundo suas pesquisas, persistem e são magnificadas em face de experiências ambientais semelhantes.

Estes estudos fazem parte das pesquisas em uma perspectiva evolucionária, de que existe uma especificidade psicofisiológica quando se estudam diferentes emoções.

Main (1999) cita com expressão atônita os estudos realizados com órfãos romenos, comparando scans cerebrais destes órfãos com crianças normais, mostrando grandes áreas do cérebro ausentes ou inativas. Isso nos permite visualizar a importância das experiências precoces de apego e seus efeitos sobre o cérebro. A função, anatomia e química (hormônios e neurotransmissores) cerebrais têm sido o foco das pesquisas atuais em apego, conforme relatamos anteriormente.

Em humanos, não somente o córtex orbitofrontal (associado com experiências auto-biográficas) deve estar envolvido, por um consenso atual geral de que o cérebro todo trabalha, com suas áreas específicas, em paralelo.

Os avanços nas neurociências criaram uma possibilidade para colaborações interdisciplinares. Os benefícios nestas colaborações incluem aplicações diretas de

novas informações, derivação de novos princípios gerais, aquisição de novas abordagens dos problemas e aplicação de novas metodologias ao estudo do desenvolvimento. Uma das barreiras de comunicação seria a linguagem entre as disciplinas, que pode obscurecer similaridade entre campos disciplinares.

Procurando a conexão entre o estresse e a vulnerabilidade ou resistência à doença, surgem novas pesquisas, como veremos a seguir, confirmando a importância desta especificidade psicofisiológica.

PARTE III - ESTRESSE, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA.

Além do fator estressor, tem relevância sua intensidade ou importância e como este é avaliado pela pessoa. E quais recursos ela possui para enfrentá-lo.

Na última década, tem-se procurado prestar mais atenção a como os indivíduos respondem a experiências estressantes (Lazarus, 1993). O autor define enfrentamento como o processo de administrar demandas (externas ou internas) que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa. Este processo não se limita a comportamentos defensivos, mas inclui estratégias cognitivas e comportamentais que têm a função de resolver o problema e regular as emoções.

O comportamento agudo e as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a Síndrome da Adaptação Geral, são semelhantes às mudanças vistas na depressão melancólica, com aspectos em comum, como o aumento da ansiedade e vigilância, inibição dos comportamentos sexuais e de regulação da alimentação (com anorexia ou hiperfagia), função simpática, imunossupressão, pequena latência ao sono REM e redistribuição do sono REM à primeira metade da noite, aumento da Pressão Arterial, da frequência cardíaca e das taxas respiratórias, entre outros.

O Hormônio Liberador de Corticotropina (CRH) contribui para um estado de aumento na secreção de corticóides. Os efeitos disso, a longo prazo, se as alterações têm início precocemente na vida do indivíduo, com as respostas ao estresse sendo intensas e prolongadas, levariam a uma sensibilização crítica dos sítios límbicos e um dano potencial às células que contêm receptores aos glicocorticóides, que mediam a regulação à produção do Hormônio Liberador de Corticotropina. Esse estado ativa cronicamente o Sistema Hipotalâmico- Pituitário – Adrenal e os sistemas

noradrenérgicos, e também predispõem à doença depressiva (Gold, Goodwin e Chrousos, 1988a,b).

No sentido de observar como o estresse estaria relacionado ao apego, Garmezy e col. (1984), estudando o estresse na criança, discutem a construção da personalidade e o desenvolvimento de psicopatologias, focando os fatores de risco, competência e protetores. Os autores defendem o modelo de que há uma relação condicional entre o estresse e atributos pessoais no que diz respeito à adaptação, de tal forma que tais atributos modulam (aumentando ou diminuindo) o impacto do estresse. Quando os atributos pessoais são positivos (ou seja, com fatores ditos protetores), a qualidade de adaptação ao estresse é melhor, promovendo uma espécie de “imunidade” ao estresse. O reverso é verdade a atributos de vulnerabilidade pessoais.

Como situações estressantes podem afetar o comportamento orgânico, dependendo de uma suscetibilidade que tem seu fundamento na teoria do apego, Laudenslager e col. (1982) em primatas, mostram a ação prolongada dos efeitos de uma perda parental e da qualidade dos relacionamentos familiares em características fisiológicas e, como resultado, a uma reação alterada ao estresse em adultos. Estas características “sensibilizam” as conseqüências individuais ao estresse, em um estado de saúde previamente danificado. Os autores (Laudenslager e col, idem) alertam que, tanto perdas de um bom modelo de apego na infância, como conflitos elevados, pouca afetividade, baixo suporte, determinariam efeitos semelhantes na fisiologia, aumentando não só o risco cardiovascular, mas também outros tipos de estados mórbidos, que necessitariam maiores investigações.

Os mesmos padrões alterados de resposta ao estresse, verificados pelos autores (Laudenslager e col, 1982) em primatas, pôde ser observado em humanos, também conectados ao desenvolvimento da personalidade.

Para compreender como haveria uma conexão entre o desenvolvimento do ego e sua resposta ao estresse, Loevinger (1985) desenvolveu uma teoria do desenvolvimento do ego – uma seqüência de estágios de funcionamento de maturação crescentes pelos domínios de relações interpessoais, controle de impulso, desenvolvimento moral e estilo cognitivo. Os indivíduos com baixos níveis de desenvolvimento do ego exibem problemas no controle de impulsos e tendem a ver os outros em termos do que eles têm para lhes dar. Um estágio de desenvolvimento dito conformista, descreve indivíduos que obedecem regras para obter aceitação do grupo – esses indivíduos vêem os outros somente em termos de características externas, sem uma apreciação por motivações ou sentimentos que estão sob o domínio do comportamento. Os indivíduos autoconscientes começam a exibir uma consciência de si mesmo em um contexto social e vêem os outros em termos de características psicológicas. Os indivíduos com altos níveis de ego são caracterizados por possuírem auto-avaliações boas, duradouras e são capazes de se auto-analisarem e estimam relações interpessoais

Nesta mesma linha de pesquisa, Rutter (1987) e Luthar (1991) enfatizam que fatores protetores podem melhorar os efeitos de estressores na vida do indivíduo ; elementos compensatórios operam na melhora dos níveis de competência. São os fatores ditos protetores e de vulnerabilidade, interagindo e predizendo o ajustamento ao estresse.

Luthar (1991) emprega os termos vulnerabilidade ou resiliência, no estudo de adolescentes frente a situações de estresse. Avaliou a competência social por critérios comportamentais, observáveis, baseados em avaliações de professores, pais ou pares, ou por desempenhos em conhecimentos acadêmicos. Os autores salientam que crianças resilientes, competentes, manifestavam essa competência por sintomas internalizados (como depressão e ansiedade, frente a situações estressantes), enquanto que as crianças vulneráveis apresentavam mais sintomas externalizados, ação-orientados (por exemplo, com comportamentos agressivos).

As crianças resilientes geralmente apresentavam os maiores níveis de desenvolvimento, com maior maturidade intelectual, por exemplo. Conclui que vários aspectos da personalidade estavam envolvidos em processos protetores, de vulnerabilidade ou compensatórios, modificando, de várias formas, os efeitos do estresse na vida da pessoa.

Entre estes, os mais importantes foram:

- 1) Controle interno (crença em si mesmo, que as circunstâncias da vida estão sob seu controle). Foi um dos processos protetores mais importantes, em termos assertivos. As crianças com orientação externa mostraram os maiores níveis de estresse. É o paradigma de Seligman (1975) do desamparo (*helplessness*), que sugere que os indivíduos que crêem que são fracos em controlar o que lhes acontece, têm estratégias de enfrentamento passivas e restritas.
- 2) A expressividade social é também um fator protetor, quando competência é definida em termos de popularidade da criança com seus pares.

- 3) A inteligência maior, ao invés de significar um fator protetor, está envolvida como mecanismo de vulnerabilidade, sobretudo se o estresse é alto, sugerindo que crianças mais inteligentes teriam níveis maiores de sensibilidade ao ambiente.
- 4) Eventos positivos da vida, também têm efeito protetor, sobretudo se ocorrem após eventos negativos, atuando como uma função “reparativa”. Quando, entretanto, tanto os eventos positivos quanto os negativos se sucedem em altas escalas, afetam a estabilidade, levando a situações definidas como estado de “choque futuro”, com a percepção de que o ambiente é poderoso e imprevisível.
- 5) Desenvolvimento do ego foi um grande fator compensatório, de ajustamento e saúde mental. A resiliência não é necessariamente contínua no tempo, tudo dependendo da época em que se instalam os eventos negativos e a severidade destes (quando ocorrem em fases de crescimento, têm efeitos mais deletérios).

A resistência ao estresse é definida como manifestações de competência da criança, apesar da exposição a eventos estressantes. Esta capacidade de resolver os problemas e regular as emoções tem sido compreendida no campo da teoria do apego. Ela explica como a interação precoce entre os pais e a criança resulta na formação de modelos operativos internos que regulam os sentimentos, pensamentos e comportamentos.

As pessoas com apego seguro utilizam emoções relatadas como estressantes, como sinal para procurar conforto com seus cuidadores ou companheiros (Sroufe & Waters, 1997). Em contraste, pessoas com apego inseguro são predispostas a uma regulação disfuncional das emoções distressantes.

Fabes e Eisenberg (1997) realizaram um trabalho semelhante, em adultos, verificando aspectos que regulam e controlam situações de estresse em eventos da vida, utilizando o termo “resiliência do ego” à capacidade do indivíduo em modificar suas respostas a demandas situacionais novas, especialmente eventos estressantes ou frustrantes.

Os autores (Fabes e Eisenberg, *idem*) definem o controle regulatório como os processos, interno e/ou transacional, que capacita um indivíduo a guiar suas atividades no tempo e sob circunstâncias variadas. Regulação implica modulação do pensamento, afeto, comportamento ou atenção via uso de mecanismos específicos deliberados ou automáticos e por habilidades suportivas. Com base nesta definição, os autores sugerem que diferenças individuais no controle regulatório podem estar relacionadas a diferenças individuais em responder a situações estressantes.

Luecken (1998), estudando 30 universitários que perderam um dos pais antes dos 16 anos, constatou uma correlação significativa entre esta perda precoce, relacionamentos familiares com uma qualidade precária e alterações da resposta cardiovascular (aumentos da pressão arterial) e das taxas de cortisol (hormônio produzido pela supra-renal), como respostas ao estresse.

Estudos coordenados por Bromberg (1997), descrevem que pacientes com câncer em estágio avançado, em um número respeitável, conseguem fazer uso de suas

defesas, ao alegar ignorância sobre o diagnóstico e prognóstico, ao negar a necessidade de ajustes diante da proximidade da morte.

Corroborando com tais observações, Beadle e col. (2004) mostram que pacientes com câncer avançado, freqüentemente expressam atitudes positivas e podem ser otimistas indevidamente, ilusoriamente, sobre os benefícios potenciais de seu tratamento.

Estudo com pessoas que sobreviveram a situações extremas de distresse, como o realizado por Kivimaki e col. (2000), em sobreviventes do holocausto, descreve o que o autor denominou de Senso de Coerência (SOC), um fator de personalidade protetor contra a doença, caracterizado basicamente por um senso de controle, auto-eficácia e firmeza.

É importante frisar de que há uma forte correlação entre comportamento desorganizado/ desorientado de apego e uma maior vulnerabilidade a estímulos estressantes, como autores recentes (Herstsgaard e al., 1995) constataram, por encontrarem nesse grupo concentrações de cortisol mais elevadas, em comparação com os outros padrões de apego.

Os trabalhos acima citados, relacionam situações de estresse com a percepção do indivíduo da situação e capacidade em lidar com esta. Basicamente, elas também estão relacionadas a sintomas psicológicos e físicos, de acordo com a forma como estes eventos são conduzidos pela pessoa.

Assim, se definirmos estresse baseados somente em eventos negativos controláveis e incontroláveis, poderíamos incorrer em erros como, mesmo eventos controláveis podem ser vivenciados como estressantes. Assim, variáveis da

personalidade e de sua formação podem atuar como fatores protetores, resilientes (sobretudo variáveis como internalidade, competência social, auto-estima) ou como fatores de vulnerabilidade (como por exemplo, a inteligência e maior sensibilidade).

Portanto, quando se aborda o termo estresse, além da situação em si, do seu grau e frequência de repetição, jamais deve ser esquecido o que aquele evento representa à pessoa, como ela o avalia, que julgamento faz do evento e que impacto julga ter tido sobre ela. Assim, eventos como a separação dos pais, pode ser visto tanto positiva quanto negativamente à pessoa, dependendo das circunstâncias associadas. Mesmo eventos negativos são influenciados pelos níveis de ajustamento do indivíduo.

Estamos entrando no campo paradigmático da Teoria do Apego, que abrange estas vertentes, dando uma forma de abordagem e conhecimento que permitem discutir a construção da personalidade, seus efeitos na vida adulta e como esta está imbricada com a saúde física, mental e social.

Com base nas evidências estabelecendo uma ligação entre emoções negativas que ultrapassam a capacidade do indivíduo em enfrentá-las, o estresse e sintomas (Fabes & Eisenberg, 1997), consideramos importante a procura de observar, em nosso trabalho, quais foram as situações estressantes que ocorreram na vida das pacientes com câncer de mama, qual o significado destas e como reagiram a estas situações, procurando uma conexão destas respostas, com modelos representativos internos, em termos de proteção ou suscetibilidade a estes estressores.

PARTE IV- ONCOLOGIA. CÂNCER DE MAMA

IV. A - ONCOLOGIA

A forma de se denominar as neoplasias malignas obedece à origem embrionária do tecido. Os tecidos originários do folheto mesodérmico são acrescidos do sufixo sarcoma. O folheto ectodérmico origina os tecidos de revestimento externo e o sistema nervoso central, assim como o folheto endodérmico o tecido de revestimento interno do organismo. Tais neoplasias são chamadas de carcinomas. Normalmente são acompanhadas pela designação do órgão de origem. Os tumores pediátricos, originários de células blásticas, recebem o sufixo blastoma.

Para tentar explicar os primeiros passos do Mecanismo da Carcinogênese, o modelo da iniciação/promoção é o mais aceito. Pela iniciação, uma única célula, em meio a um tecido normal, através de um certo estímulo, sofre alterações genotípicas. Tais alterações podem comprometer os mecanismos reguladores do crescimento e desenvolvimento celular, ou seja, os próprios protooncogenes. No segundo momento, há a promoção, quando a célula passa a se multiplicar, expressando em suas células-filhas alterações fenotípicas- as células passam a ter autonomia. Está formado um clone celular, com potencial de invasão celular e metastatização.

Os carcinógenos químicos, físicos e vírus podem agir como agentes iniciadores, promotores ou ambos. São exemplos de carcinógenos químicos os nitritos, benzopirenos, aflotoxina B1, benzeno, asbestos, nitrosoaminas, medicamentos quimioterápicos e hormônios e outros.

As radiações são carcinógenos físicos, causando lesão direta no DNA. A medula óssea, seguida pela tireóide, são sobretudo afetadas pelos efeitos deletérios

das radiações. A exposição aguda ou prolongada à radiação pode provocar leucemias, linfomas e outros tumores.

Os carcinógenos virais são responsáveis por cerca de 25% das neoplasias malignas induzidas por fatores ambientais. Podem agir de forma direta, como o HTLV-1, causador de alguns tipos de leucemia, o papilomavírus humano (HPV), causador de carcinomas do colo do útero, períneo, ânus e pênis. O vírus de Epstein-Barr (EPV) está ligado a alguns tipos de linfoma e carcinoma da nasofaringe e os vírus das hepatites B e C com o surgimento de hepatocarcinomas. Os vírus podem agir de forma indireta, por suprimir o mecanismo de defesa imunológica contra os tumores, como o caso do Sarcoma de Kaposi em portadores de AIDS.

Atualmente, crê-se (Campos, 1996) que o câncer possa ser influenciado pelo excesso de radicais livres e de reações bioquímicas decorrentes deles. Os radicais livres são moléculas que contém um ou mais elétrons não parelhados em suas últimas camadas de valência. Estas moléculas, altamente instáveis, no intento de se auto-estabilizarem, tentam combinar-se com elementos celulares do organismo. Ao fazê-lo, podem causar lesões às membranas celulares e também, interagir com outras estruturas, incluindo-se aí o material genético e o DNA codificado.

A lesão causada por um radical livre vai além da primeira célula atacada, ocorrendo uma reação em cadeia. Há vários mecanismos de defesa a esta agressão, como a promovida pelo sistema imune, anti-oxidantes intracelulares, enzimas de reparo. Se o sistema imune está alterado ou hipofuncionante, estas células poderão não ser destruídas e continuarem a se replicar, originando o câncer (Campos, idem).

O estadiamento tem grande importância, pois avalia o prognóstico do paciente, assim como define uma melhor abordagem terapêutica. Podemos classificar o

estadiamento em clínico e anatomopatológico. A União Internacional Contra o Câncer (UICC) preconiza, para os tumores sólidos carcinomatosos, o sistema TNM, onde T significa o tamanho do tumor primário; N o número de metástases ganglionares e M a existência ou não de metástases à distância.

IV.B - CÂNCER DE MAMA. PSICO-ONCOLOGIA EM CÂNCER DE MAMA.

O câncer é um problema de saúde pública, situando-se entre as principais causas de mortalidade, abaixo apenas das causas cardiovasculares. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres.

O carcinoma de mama é extremamente importante, devido à sua alta freqüência e, principalmente, por seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção e a vivência da sexualidade e a imagem pessoal da mulher.

No Brasil, exceto na região norte, é a principal neoplasia maligna entre as mulheres (INCA,2005). O número de casos novos esperados para 2005 no Brasil seria de 49.470 casos, estimando-se um risco de 53 casos a cada cem mil mulheres. Considerando-se as regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, as previsões seriam de 73, 71, 38, 27 e 15 casos novos por cem mil mulheres, respectivamente. Em São Paulo, estimam-se 16.090 casos novos, com 6.170 diagnosticados na capital (INCA, 2005).

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil no ano de 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos novos a cada cem mil mulheres. Na região sudeste, o câncer de mama ainda é o mais incidente entre as

mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é também o mais freqüente entre as mulheres das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. (Inca 2006).

Estima-se que há um milhão de casos novos de câncer de mama feminino no mundo; este valor só é inferior ao número de casos novos de câncer no pulmão.(Pathak e al, 2000).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta, sua incidência cresce rápida e progressivamente. A mulher no climatério é o grande alvo desta neoplasia. Estima-se que a população mundial, com longevidade progressivamente maior, será entre os anos de 2045 a 2050, de $8,9 \times 10^9$ pessoas. Deste número, 18% corresponderão à população feminina com idade maior que 50 anos. A futura qualidade de vida dessa mulheres requer constante atualização e informações.

A medicina tem estudado o câncer de mama sobretudo em uma perspectiva biológica e terapêutica.

A prevenção primária permanece restrita à orientação dietética, prevenção da obesidade, redução do fumo, álcool e uso criterioso em relação aos hormônios na pré ou pós-menopausa. Nesta perspectiva etiológica, os antecedentes familiares, o diagnóstico de doença proliferativa da mama, a predisposição genética e o fato de ter a primeira gravidez tardiamente, são os principais fatores de risco (Pathak e al., 2000).

Considera-se rastreamento preventivo, a tríplice avaliação da mama, ou seja, o exame físico, a mamografia e a ultra-sonografia mamária. Não sendo possível o

diagnóstico definitivo com técnicas menos agressivas, quando há alguma situação suspeita, realizam-se punções, biópsias ou cirurgias.

O inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade referida em Doenças e Agravos não Transmissíveis do Ministério da Saúde, demonstra que o percentual de mamografias realizadas pelo SUS variou entre 17% e 54%, em regiões distintas, o que justifica o diagnóstico tardio e as elevadas taxas de mortalidade em nosso meio. (INCA,2005).

Ainda em termos etiológicos, algumas mulheres herdam o gene de susceptibilidade do câncer de mama, assim ocorrendo o câncer de mama hereditário. Ele é decorrente de mutações gênicas específicas. Ele é suspeito em mulheres com mais de um dos fatores relacionados a seguir: idade menor que 45 anos no momento do diagnóstico, bilateralidade, padrão de herança autossômica dominante e maior frequência de outros cânceres primários. Eles estão associados aos genes BRCA 1 e 2.

Já o câncer de mama familiar, é definido como aquele desenvolvido em paciente com um ou mais parentes de primeiro ou segundo grau com câncer de mama, apresentando um risco 2 a 10 vezes maior para câncer de mama bilateral comparativamente à população geral (Ricci e col., 2005)

Há diversos modelos de estimativa para risco de câncer de mama, que incluem programas de regressão logística, tabelas empíricas e tabelas de prevalência. A finalidade dos modelos é estratificar os grupos de risco e identificar candidatas para uma investigação mais minuciosa, inclusive genética.

Sabe-se que fatores hormonais podem estar associados ao maior risco de câncer de mama (Inca, 2006). Outros fatores de risco também estão associados ao

câncer de mama, como a obesidade pós-menopausa e exposição à radiação ionizante. Fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia.

O estudo anátomo-patológico, o tamanho do tumor, metástases para linfonodos, tipo histológico, grau nuclear e histológico, índice mitótico, angiogênese, invasão perineural, presença de comedonecrose, receptores de estrógeno, progesterona, c-erbB-2, Ki67, HER2/neu e gene oncosupressor p53, possibilitariam adequação terapêutica e avaliação do prognóstico (Matthew e al, 2003, apud Rezende, 2005).

Após a indicação cirúrgica, a correção estética imediata (durante a cirurgia) ou tardia (em um segundo tempo) devem ser consideradas. Os tratamentos - radioterápico e quimioterápico - dependem dos aspectos acima apresentados.

A mastectomia e o câncer de mama levam as pacientes ao receio da morte, mutilação, perda de uma parte importante do corpo e perda de uma função fisiológica e de sua identidade feminina. Acrescidos da incerteza do curso clínico que o câncer de mama desperta na mulher, visto geralmente como uma doença fatal.

As pacientes com piores adaptações à mastectomia foram as que relataram os maiores níveis de distresse emocional, verificados através de suas experiências pessoais e sociais e também foram as que mais frequentemente apresentaram os sentimentos de desamparo, ansiedade, depressão, que se lamentavam do passado, com baixa auto-estima, com pobre suporte social (definido através da sensação de ser amada, cuidada, estimada e valorizada e sentindo-se parte de um ambiente de trabalho, com obrigações mútuas) e apresentando maiores problemas conjugais, problemas familiares ou sendo viúvas ou divorciadas (Morris, 1979). A autora

verificou que laços seguros internos foram importantes no sentido de mitigar o impacto da ameaça física e psicológica à mulher com câncer de mama.

Harcourt e Rumsey (2004), analisando a decisão de pacientes mastectomizadas realizarem ou não a reconstrução mamária imediata, notaram que a decisão é influenciada pela percepção das alternativas, prevalecendo as « normas » da conduta médica em cada situação hospitalar, embora algumas mulheres tomassem a decisão « instantaneamente ». Os autores também contataram que as experiências da cirurgia geralmente falharam em igualar as expectativas pré-cirúrgicas das pacientes.

Analisando especificamente o estresse e o câncer de mama, trabalhos iniciais de Muslin e al. (1966) ; Greer e Morris (1975) ; Greer, Morris e Pettingale (1979) ; Morris, Pettingale e Watson (1981) ; Watson, Pettingale e Greer (1984), entre os mais importantes, sobretudo comparando mulheres com doenças benignas de mama e as portadoras de câncer de mama, além de mostrarem algum elemento de trauma emocional prévio ao diagnóstico, constataram também que existia uma associação entre o câncer de mama e a tendência a suprimir as emoções, sobretudo nas mulheres mais jovens, que usavam o recurso da negação em face do estresse.

Os trabalhos destes autores prosseguiram observando que as mulheres livres de recorrência foram as que reagiram ao câncer de mama pela negação ou espírito de luta, em contraste com as que tiveram uma aceitação estóica ou sentimentos de desespero / desamparo. Não somente diferiam nas respostas emocionais frente ao estresse e ao câncer, como também tendiam a controlar suas emoções, sobretudo a raiva e usando estratégias repressivas, com maior incidência de ansiedade e distúrbios emocionais.

Para aprofundar mais na investigação entre o estresse e o câncer de mama, Ramirez e col. (1989) mostraram uma associação prognóstica entre estressores severos na vida das mulheres e a recorrência do câncer de mama. Neste trabalho, foi importante o relato detalhado dos eventos e suas circunstâncias, através da história biográfica da pessoas, mostrando as reações emocionais aos eventos. Sugerindo que outros fatores também interferem nessa recorrência, como maior exposição a fatores carcinogênicos, falta de adesão a dietas e estilos de vida inadequados.

A associação entre o prognóstico do câncer de mama e eventos estressantes na vida, em termos de recorrência, não foi confirmada por outros autores, como Barraclough e col. (1992), embora o tempo de seguimento tenha sido muito curto, até 42 meses após a cirurgia.

As críticas a tais trabalhos pesam em algumas questões, como o número pequeno de participantes, a necessidade de um acompanhamento a longo prazo, a separação das pacientes de acordo com a idade, fatores de risco (como obesidade, fumantes, usuárias de terapia de reposição hormonal, entre outros), estadiamento do câncer, imuno-histoquímica, hereditariedade, entre outros aspectos, que normalmente não são relatados. Assim como outros fatores psicossociais que podem interferir na evolução do câncer.

Entretanto, nos parece claro que não somente o estresse esteja envolvido na complexidade da resposta do organismo em termos de morbidade à doença. Como exemplo, Neale e col. (1986) examinando a sobrevida em um seguimento de 10 anos de mulheres com câncer de mama, com os devidos ajustes de amostra com relação à idade, estado sócio-econômico, estágio da doença, observou que as mulheres viúvas

sobreviveram menos do que as mulheres casadas. Assim, também o estado marital induz a diferenças estatísticas em termos de sobrevida.

Bromberg (1997) já nos lembrava que, além de mudanças comportamentais, afetivas e cognitivas, no luto pode ocorrer uma maior suscetibilidade às doenças, particularmente infecções (por queda da imunidade) e também por falta de cuidados com a saúde. E as relacionadas ao estresse.

Schou e col. (2004) mostraram que o pessimismo, visto pelas características das pacientes (baseado também na avaliação do diagnóstico do câncer, crenças na eficácia do tratamento, participação nas decisões de tratamento, enfrentamento) foi preditivo de maior morbidade emocionalmente. Na mesma linha de pesquisa, mas agregando um outro aspecto importante, normalmente visto pela Teoria do Apego, Edwards e Clarke (2005) verificaram que o risco psicológico de depressão / ansiedade em famílias com pessoa com câncer, dependem de disfunções familiares prévias.

Entretanto, todo cuidado se faz necessário, pois muitas vezes, por trás de um aparente “otimismo”, pode estar havendo uma ocultação da realidade. Beadle e col.(2004) constataram que pacientes com câncer avançado freqüentemente expressavam atitudes positivas e otimismo em relação ao potencial benéfico do tratamento, entrando em um domínio ilusório a respeito de suas crenças a propósito de sua curabilidade, mesmo realizando tratamentos sistêmicos paliativos, e a despeito do relato de seus médicos.

Estas crenças na eficácia de atitudes psicológicas positivas sobre o câncer estiveram muito reforçadas nas últimas décadas pela literatura leiga e por estudos que mostravam um aumento da taxa de sobrevida em mulheres com câncer que

apresentavam uma atitude positiva, ou que estivessem participando de um grupo de terapia suportiva (Fawzy e al., 1993).

Essa crença no senso de um controle pessoal sobre uma situação amedrontadora e freqüentemente incontrolável, como o câncer, pode ser extremamente perigosa, sobretudo frente a recidivas da doença, esta podendo levar a balança ao outro extremo de crenças, o da impotência, ou da culpa, dificultando novas adesões e respostas aos tratamentos. Da mesma forma que esta auto-atribuição da doença promove um papel maior nos níveis de distresse, com piores prognósticos (Faller,1995).

Outra crença, na eficácia de estilos de vida saudáveis na prevenção da recorrência da doença é grande, sobretudo nas mulheres que atribuem a causa do seu câncer ao ambiente e que também crêem que terapias alternativas ou complementares podem prevenir a recorrência do câncer (Stewart e col., 2001).

Buddberg e col. (1991) avaliam que o curso do câncer de mama depende mais de aspectos biológicos do que de estratégias de enfrentamento. Entre os primeiros, o tamanho do tumor, ou presença de comprometimento de linfonodos, entre outros.

Estudos mais recentes (Osborne e col., 2004), sobre o papel do sistema imune e os fatores psicossociais em sobreviventes de câncer de mama precoce, encontraram fracas evidências de que o mecanismo psiconeuroimunológico esteja envolvido na sobrevida dessa pacientes. Incluíram em seu estudo o número e função linfocitária, a atividade das células *Natural Killer* (NK), cortisol plasmático e nível de prolactina e analisaram as medidas psicossociais pela presença ou não de ansiedade, depressão , ajustamento mental ao câncer e suporte social.

Reside aí a importância de nosso trabalho. Como médica homeopata e ginecologista-obstetra e tendo realizado nossos estudos também na área da psico-oncologia, consideramos ser a imbricação dos conhecimentos e experiências adquiridas a importante base para a realização da atual pesquisa.

PARTE V – ESTRESSE , APEGO E O CÂNCER

Levine (1957) foi o primeiro a demonstrar que o desenvolvimento das respostas hipotalâmica-pituitaria-adrenal (HPA) ao estresse era modificada por eventos comportamentais precoces, incluindo estimulação ou suporte na infância. Estas diferenças se mantiveram até 24- 26 meses de idade, indicando que o cuidado afeta a função do eixo HPA de forma persistente através da vida.

Sklar e Anisman (1979) demonstraram que o choque inevitável em ratos, resultou em um aparecimento precoce do tumor experimentalmente induzido, assim como um exagero no seu tamanho e um encurtamento do tempo entre a implantação do tumor e a morte. O choque escapável não produziu tais efeitos. Aventam a possibilidade de que processos de enfrentamento podem ter papel na determinação do efeito do estresse no desenvolvimento do tumor. Os autores acreditam que certos efeitos psicológicos afetariam o crescimento tumoral – o estresse influenciaria o que eles chamam de tumoregenicidade, mas que, entretanto, tal efeito depende se o controle sobre o estresse é possível ou não, assim como da cronicidade do estresse.

Gunnar (1987) argumenta que as respostas fisiológicas e comportamentais aos eventos estressantes refletem processos de enfrentamento que variam em suas interrelações, em função da natureza do estressor e da habilidade do organismo em tolerar mudanças fisiológicas, baseados na experiência. Relata a experiência da separação materna como um complexo estressante, que depende de uma série de variáveis.

Gunnar (idem) observou que os eventos considerados ameaçadores ou perigosos podem ativar os sistemas simpático-adrenomedular com uma resposta pituitária-

adrenocortical, com elevação de cortisol. Se, entretanto, alguns indivíduos percebessem a situação não como ameaçadora, mas como uma simples mudança (através de suas vivências anteriormente experienciadas), a elevação seria de catecolaminas. Assim, Gunnar (idem) expressa:

(...) uma súbita mudança na demanda do organismo, para o qual ele não está preparado para responder, disparam o sistema adrenocortical. Entretanto, comportamentos emocionais e as emoções fazem parte de um repertório de enfrentamento que pode ser ativado simultaneamente com o sistema neuroendócrino, mas não tem uma relação direta com o sistema adrenocortical ou com a atividade simpático adrenal, dependendo da percepção do estressor – se ameaçador ou não (p.1405).

Essas observações podem explicar porque algumas crianças são mais estressadas do que outras, frente às mesmas situações. Assim, trabalhos que não visualizem as individualizações psicossocial e desenvolvimentista, necessárias a qualquer experimento biopsicossocial, podem levar a conclusões inadequadas. Há uma necessidade de compreender que há uma interrelação entre as respostas fisiológicas e comportamentais.

Confirmando esta hipótese, Liu e col. (1997) constataram que variações no cuidado materno afetavam as respostas neuroendócrinas ao estresse em ratos. Os autores descrevem que as mães que apresentaram mais comportamentos de lamber e cuidar de seus filhotes durante os primeiros 10 dias de vida (período crítico do desenvolvimento do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal), acarretavam nestes, uma redução plasmática do hormônio adrenocorticotrópico e respostas de corticosterona ao estresse agudo.

Os glicocorticoides atuam em um número de lugares neurais, exercendo um efeito inibitório, com realimentação negativa sobre a síntese de fatores liberadores hipotalâmicos para ACTH (hormônio adrenocorticotrópico), notadamente do hormônio liberador de corticotropina (CRH) e argininasopressina (AVP).

Os ratos cuidados apresentaram, pós-natalmente, aumento da sensibilidade da retro-alimentação negativa aos glicocorticoides, comparados aos ratos não cuidados e decréscimo do CRH hipotalâmico e da expressão do RNA mensageiro, assim como menores níveis da imunorreatividade de ambos (CRH e AVP).

Essa sensibilidade se deve ao aumento da expressão do receptor de glicocorticoides (GR) no hipocampo, local implicado na regulação da retroalimentação negativa ao glicocorticoide. Parece que o aumento na expressão genética do GR hipocampal e o efeito central do cuidado materno, atuando na resposta HPA ao estresse, resultam em um aumento da inibição retroalimentar do CRH e da síntese AVP e redução da liberação de ACTH durante o estresse.

Assim, a estimulação táctil derivada da ligação materna regula a fisiologia da sua cria e afeta o desenvolvimento do sistema nervoso central. Variações no comportamento materno também são associadas ao desenvolvimento das diferenças individuais nas respostas neuroendócrinas ao estresse. Os autores constataram também que as crias que se ligavam mais às mães, solicitando-as mais, pela vocalização, obtiveram também um retorno maior da ligação e cuidados maternos.

Embora haja uma falta de evidências que dêem suporte à hipótese de que o estresse seja uma “causa” do câncer em geral, trabalhos mais atuais (Zabora e col., 2001; Stewart e col, 2001) relatam a prevalência de um estresse psicológico em pacientes com câncer, em relação à população em geral.

Há trabalho recente que confirma que os níveis de distresse psicológico em mulheres com câncer de mama (cujos pais sobreviveram ao Holocausto) é maior, tanto precedendo a doença, como também durante esta, dificultando inclusive as habilidades de adaptação e enfrentamento, comparando com grupo de mulheres não traumatizadas (Baider e col., 2005). Há um sinergismo entre estresse, depressão, psicoticismo e o câncer de mama, segundo os autores.

Também a pesquisa que enfoca o papel do estresse como interligado à doença e ao câncer, caminha no sentido de que uma resposta alterada ao estresse pode estar associada a padrões comportamentais de apego, sobretudo ao comportamento de apego desorganizado-desorientado, visto que também a literatura mostra associação deste padrão com elevadas concentrações de cortisol (em comparação com os outros padrões de apego) (Herstsgaard e al,1995). Assim como o padrão de comportamento do grupo desorganizado indica episódios de desorganização comportamental, denotando uma falha em estabelecer padrões comportamentais de apego organizados e coerentes.

Assim, pesquisas com o apego têm mostrado as diferenças individuais na segurança do padrão de apego precoce na vida, assim como sua importância no desenvolvimento social, emocional e físico, com repercussões futuras. Este último dado tendo sido mais intensamente estudado na última década, através das diferenças de resposta ao estresse de acordo com cada padrão de apego, por medidas fisiológicas e biológicas, como a resposta cardíaca ou pelos níveis de cortisol e outras medidas de ativação do sistema adrenocortical, que estão inter-relacionadas a padrões de respostas comportamentais.

Portanto, há uma forte correlação entre comportamento desorganizado de apego e uma maior vulnerabilidade a estímulos estressantes, possivelmente por uma falha na

organização de uma resposta de enfrentamento, devido a um padrão inseguro desorganizado de resposta a estas situações, denotando falha ou ausência de estratégias adequadas e coerentes.

A vulnerabilidade desse grupo desorganizado-desorientado ao estresse, mostrou-se também como apresentando efeitos significativos nos desenvolvimentos afetivos e sociais das participantes. De acordo com a teoria da ativação do eixo hipotálamo-hipofisário ao estresse crônico ou freqüente e suas conseqüências na etiologia de desordens afetivas, particularmente a depressão (Gold, Goodwin e Chrousos, 1988 a,b), a hipótese de McEwen, Gould e Sakai(1992) seria a de uma maior vulnerabilidade do hipocampo e hipotálamo aos efeitos dos glicocorticóides envolvidos em situações estressantes.

Spangler e Grossman (1993) encontraram que a magnitude maior de resposta ao estresse (avaliado pela freqüência cardíaca e aumento do cortisol) ocorreu no grupo de crianças com padrão de apego desorganizado, o que, segundo Main e Hesse (1990, apud Kobak,1999) estaria ligado ao fato de que a ativação do comportamento de apego não consegue ser sistematicamente controlado no grupo de padrão desorganizado, o que poderia ser devido a experiências precoces com pais imprevisivelmente ameaçadores, ou a situações traumáticas intensas e precoces.

Estamos assim, frente a um novo e rico campo de pesquisas, onde a resposta do indivíduo a situações estressantes, com suas conseqüências orgânicas e psíquicas, têm sua origem na díade mãe-bebê, estabelecida nos primórdios da vida. Os padrões de comportamento, internalizados na forma de modelos operativos, modificam de forma persistente, não somente as respostas fisiológicas ao estresse, mas também a forma como o indivíduo avalia e reage a ele.

PARTE VI - PSICO-ONCOLOGIA E APEGO

A Psico-Oncologia é um campo do saber que investiga as relações existentes entre fatores psicossociais e a incidência, a evolução e a remissão do câncer, bem como vem incentivar a sistematização de um corpo de conhecimento que possa fornecer subsídios tanto à assistência integral do paciente oncológico e de sua família como também à formação de profissionais de saúde envolvidos com o seu tratamento. (Gimenes, 1994).

Em 1958, Greene e Miller realizaram estudo pioneiro, investigando o papel dos fatores psicológicos e emocionais e a leucemia em crianças e adolescentes. Os autores (Greene e Miller, 1958) concluem :

O estudo mostrou que a leucemia ou o linfoma desenvolveu-se em um momento no qual os pacientes estavam lidando com um número de perdas ou separações, com sentimentos insuportáveis de tristeza, ansiedade, raiva ou desesperança (p.800).

Destacamos, nestas palavras dos autores (Greene e Miller, idem) alguns aspectos que temos confirmado no convívio com nossos pacientes com câncer, como o *número de perdas ou separações*, que indicam não somente um acúmulo de situações, como também a relevância psíquica destas, que *excedem* suas capacidades de elaboração e superação (*sentimentos insuportáveis*).

Julgamos importante, em nossa revisão, novamente colocar antigos trabalhos de alguns autores, que foram significativos nas pesquisas entre aspectos psico-sociais e o câncer, por abrirem novas visões e caminhos a estudos futuros, mas também pelo fato de que a Medicina de forma geral não tem acesso a estes dados evolutivos.

Jacobs e Charles (1980) buscaram a relação dos mesmos aspectos de histórias de vida dos pacientes e suas relações com a leucemia e o linfoma, que Greene e Miller (1958) haviam descrito. Quando analisaram a escala de eventos estressantes recentes, notaram significativa diferença entre o grupo de crianças doentes e o grupo controle. As crianças doentes relataram um número maior de eventos estressantes no ano que precedeu a constatação da doença e estes também provocaram um impacto maior em suas vidas.

Os dois trabalhos acima sugerem que não somente o número, mas a importância e o efeito cumulativo de experiências relevantes, estejam envolvidos com o processo da doença. Itens frequentes e importantes no estudo de Jacobs e Charles (idem) foram a separação dos pais (em 32% das histórias), a perda de um membro da família, ou de outras pessoas próximas (em 20%), mudanças de escola (56%), mudanças na saúde ou no comportamento de algum membro da família (60%), mudanças na situação financeira (48%) e o nascimento de outro filho. Essas situações estiveram associadas a sentimentos de ansiedade e depressão maiores nos grupos dos pacientes, com uma tendência a suprimir as emoções. Os autores presumem que estas experiências sejam disruptivas emocionalmente à criança, interferindo nos sistemas endócrino, imunológico e neurológico, em termos de uma maior suscetibilidade à doença.

Se estas mudanças nas circunstâncias de vida podem exercer algum papel na iniciação e transformação neoplásica, estimulando ou retardando o crescimento das células malignas, é um terreno que exige maiores pesquisas.

O câncer é uma doença multifatorial, que levanta múltiplas reflexões e conseqüências, pessoais, sociais, filosóficas, religiosas, entre outras.

A repercussão do diagnóstico de uma doença como o câncer, trazendo à tona a fragilidade do ser humano e o contato com sua finitude (por seu estigma de “sentença de morte”), causam, nas pacientes, o ônus psicológico de carregar a ferida, as marcas, as memórias da doença, onde qualquer sintoma físico, como dor, ferida ou mancha, representam o fantasma da recidiva (Kovács, 1996).

Quando procuramos estudar o câncer sob o ângulo da Teoria do Apego, os padrões de apego seguro não são garantia de saúde física e mental (Sroufe e Waters, 1997), mas são vistos como um fator protetor, pois são mais resistentes aos efeitos do estresse. Referem-se à resiliência vista sob este olhar de desenvolvimento construído dentro da teoria do apego. Os autores (Sroufe e Waters, *idem*) observaram que crianças resilientes ao estresse, ou recuperadas após o conflito, foram crianças que tiveram cuidados suportivos precoces, ou suporte aumentado durante a recuperação. Os autores abordam a resiliência mais como um processo do que como um traço e o apego seguro faz parte desse processo, pois os autores não encontram nenhuma evidência de que uma criança possa ser inerentemente resiliente.

Seguindo uma linha de estudos iniciada na década de 70, que buscava a possibilidade de uma ligação entre o câncer e sintomas depressivos, Plumb e Holland (1976) encontraram em pacientes com câncer, uma incidência significativamente maior de depressão, em relação ao grupo controle, que também estavam sob situação de estresse (os parentes dos pacientes que apresentavam câncer). Shekelle e col.(1981) também, em um estudo longitudinal de 17 anos, constataram aumento significativo de morte por câncer nos pacientes com depressão. A associação entre depressão e câncer persistiu, mesmo após ajuste pela idade, fumo, alcoolismo, história familiar de câncer, estado ocupacional. O aumento da incidência de câncer não foi específico a um tipo especial de câncer, nem a uma localização específica.

Shekelle e col. (1981) observam, a partir de seus estudos, que a depressão psicológica pode afetar mecanismos de defesa (vigilância imunológica) que previnem a destruição de células malignas, atuando portanto, na morbidade e mortalidade do câncer. Os autores não observaram uma associação entre depressão e morte por outras causas, como doenças cardiovasculares e outras causas em geral.

A ligação entre sintomas depressivos e ligações afetivas foi constatada no trabalho de Crook, Raskin e Eliot (1981) relatando que a depressão na vida adulta é relacionada à rejeição parental, vista pela auto-avaliação negativa, menosprezo (depreciação) e privação afetiva durante a infância. Os autores estudaram relatos de comportamentos parentais precoces em 714 pacientes deprimidos, hospitalizados, comparados com 387 adultos normais, acerca do comportamento parental nas dimensões de aceitação – rejeição e controle - autonomia. A rejeição materna esteve mais intimamente associada com a depressão em mulheres, enquanto a rejeição paterna se correlacionou mais à depressão em homens.

Outra linha de pesquisa procurou verificar se haveria alguma correlação entre a personalidade e o adoecer e entre patologias benignas e malignas.

Bahnsen e Bahnsen (1966) encontraram em pacientes com câncer um padrão de comportamento dito tipo C, caracterizado por supressão das emoções, sobretudo raiva, assim como conformidade / submissão, falta de assertividade e paciência.

A partir deste trabalho, vários autores, na década de 80, buscaram correlações entre patologias benignas, malignas e a personalidade, constatando que pacientes portadoras de câncer apresentavam com maior freqüência, controle de suas reações, sobretudo a raiva (Watson, Pettingale e Greer, 1984), além de maior ansiedade e distúrbios após o estresse. Bem como reações de enfrentamento repressivos e de

negação (Kneir e Temoshok, 1984), ou timidez, falta de assertividade e dificuldade em exprimir as emoções (Jansen e Muenz, 1984), enquanto resposta categorizada com « espírito de luta » ou « negação », propiciavam melhor prognóstico em pacientes com câncer (Pettingale e al., 1985).

Watson, Pettingale e Greer, (1984) encontraram evidências, em seus estudos, que o estilo de enfrentamento tem importância no prognóstico de pacientes com câncer.

Watson e Greer (1988) procuraram, assim, desenvolver a Escala de Ajustamento Mental ao Câncer (*Adjustment Mental Câncer – MAC*), definida como as respostas cognitivas e comportamentais do paciente com o diagnóstico de câncer. Os autores encontraram categorias de respostas, definidas como:

- espírito de luta
- aceitação estóica ou fatalista
- desesperança/ desajuda
- preocupação ansiosa
- evitação ou negação.

Para os autores (Watson e Greer, idem), aparentemente o “espírito de luta” e a “negação ou evitação” não estão associados com depressão e ansiedade e podem significar reações positivas ao diagnóstico. Por outro lado, a “preocupação ansiosa”, a “desesperança /desajuda” e a resposta “fatalista” estariam associadas com psicopatologias e estão combinadas geralmente com estilos de enfrentamento negativo.

Ressaltamos que a preocupação ansiosa ou os sentimentos de desesperança, desajuda, ou o fatalismo, podem estar associados à depressão e à falta de recursos psíquicos para lidar com a situação amedrontadora que é o câncer. Mas esta falta de recursos também é habitualmente vista em pessoas narcisistas, que podem ter como traços este « espírito de luta », o que torna mais complexa esta discussão.

Não podemos nos esquecer que normalmente ocorrem tantas outras variáveis no curso de uma patologia como o câncer, como as sociais, econômicas, familiares, idade e estado civil, entre outras, que fica difícil e arriscado relacionar uma variável somente ao prognóstico. Isto, sem que estejamos relacionando o tipo de câncer, seu estadiamento e tratamentos complementares, entre outros.

Entretanto, Gross (1989), revendo 18 estudos em relação à expressão emocional na instalação e progressão do câncer, relata que « *a revisão dos 18 estudos suportam a hipótese de que a expressão emocional pode estar envolvida na instalação e progressão do câncer* » (p.1244). Várias foram as medidas de expressão emocional. As comportamentais mais freqüentemente relatadas foram as de alto distresse emocional ao qual os pacientes respondiam sobretudo com passividade e aceitação estóica ou desesperança / desamparo e as respostas prognósticas mais favoráveis estiveram relacionadas ao espírito de luta e negação. Entretanto, ressalta a diversidade dos estudos no que entendem como « expressão emocional », se esta significaria uma negação ou uma supressão, conscientemente inibida ; o autor relata que as experiências da literatura mostram supressões emocionais extremas, assim como expressões emocionais extremas, nos pacientes com câncer, sugerindo uma grande perda do controle emocional neles, em relação aos grupos contrôles.

Esses trabalhos estão sujeitos a muitas críticas, pois buscam uma relação de causa e efeito em termos de personalidade e possibilidade de adoecer, sobretudo por câncer, o que provoca grande reação, não somente do meio científico, mas também de suas implicações aos pacientes, induzindo sentimentos de revolta e culpa.

Questionamos, com o conhecimento oferecido pela Teoria do Apego e suas implicações comportamentais, se tal falta de expressão emocional ou sua expressão exagerada não seriam por uma falha constitutiva, por uma instalação deficiente ou desajustada de uma base segura, quando do primeiro ano de vida, por não ter havido uma estruturação apropriada na díade mãe-criança.

Uma possibilidade proposta (Grossarth-Maticek, 1980) seria a de que desordens somáticas poderiam ser uma consequência de uma regressão dos afetos a uma fase « psicossomática » indiferenciada do desenvolvimento, que ocorre quando o ego é incapaz de se defender adequadamente contra o estresse

Fraley & Shaver (1997) confirmam que a supressão de pensamentos e sentimentos não desejáveis, em decorrência de situações de distresse (como perdas e separações), têm uma relação com o estilo de apego do indivíduo. Os adultos com apego evitativo têm uma habilidade em suprimir ou evitar situações distressantes, levando os autores a levantar a hipótese de que estes indivíduos desenvolvem uma capacidade de desativar componentes de seus sistemas de apego que repitam experiências negativas, na tentativa de suprimir pensamentos e emoções.

Portanto, a complexidade dos estudos que procuram estabelecer uma relação entre o câncer, situações estressantes e comportamentos emocionais, têm se voltado em direção à individualização do paciente e suas respostas têm íntima conexão com seus modelos operativos internos.

Nesta linha de pesquisa em Psico-Oncologia, que procura investigar a relação entre as alterações comportamentais que se referem à não expressão dos sentimentos e o câncer, Maguire (2002), observando a incidência de alexitimia (a dificuldade em descrever ou reconhecer as próprias emoções, uma vida de fantasia limitada e constrição generalizada na vida afetiva) em um grupo de crianças sobreviventes de câncer, não encontrou uma maior incidência desse problema, mas viu exatamente o contrário, em crianças do sexo masculino.

Acreditamos que estas discordâncias entre os trabalhos sejam devidos não à personalidade em si dos participantes, mas aos seus estilos de apego. Que podem inclusive ter influenciado as respostas dos participantes, sobretudo no grupo evitativo, que idealizam suas relações e tendem a negar os sentimentos.

Outro estudo em pacientes com câncer, apontam que não somente diferenças de gênero interferem na complexidade da doença, mas que também diferenças étnicas são relevantes no contexto psicossocial de pacientes com câncer (Kagawa-Singer, 2003), pois estas apontam o papel da mulher na família e suas formas de comunicação, fundamentais na constituição das ligações afetivas.

CAPÍTULO II - OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre laços afetivos desenvolvidos na infância, sua repercussão na vida adulta e a ligação destes com a resiliência da pessoa em momentos de estresse, em pacientes com câncer de mama.

Nesta nossa proposta, analisando os estudos publicados nas três últimas décadas, vimos referências da ligação saúde–doença, o estresse e os padrões de apego (Gunnar,1987 ;Simpson, Rholes e Nelligan,1992 ; Kivimaki e col.,2000).

Entretanto, quanto aos estudos que procuram verificar a possibilidade da ligação entre o câncer e o papel de fatores psicológicos e emocionais (Greene e Miller ,1958 ; Jacobs e Charles, 1980), percebe-se que não ocorreram estudos sistemáticos que procurassem investigar esta relação. Para que pudéssemos obter estas respostas, utilizamos como referencial teórico a Teoria do Apego.

No sentido de observar, em mulheres adultas, com câncer de mama, a ligação entre estilos de apego e a resposta ao estresse, em termos de vulnerabilidade ou resiliência e sua interface com a doença, especificamente o câncer de mama, nos propusemos a desenvolver uma pesquisa qualitativa, utilizando estudos de caso, com os seguintes objetivos particulares:

- 1- Rever o modelo de relação com os pais, vivido na infância.
- 2- Reconhecer aspectos deste modelo, resultado de experiências repetitivas desta relação, apreendidas no que, em uma abordagem etológica, Bowlby (1969/2002) denominou de modelo operativo interno, que influencia a relação do indivíduo com o mundo, com as pessoas e consigo mesmo.

- 3- Reconhecer, nas relações atuais, os estilos de apego e suas ligações com experiências vividas na infância.
- 4- Identificar situações estressantes ocorridas antes do diagnóstico do câncer e como os indivíduos enfrentaram estas situações.
- 5- Procurar reconhecer como este enfrentamento pode ser visto em termos de suscetibilidade ou resistência à doença.
- 6- Revelar a importância da abordagem, que implicaria em uma integração entre o corpo e a mente, entre áreas de conhecimento, como a Medicina e a Psicologia, ou a Psicossomática.
- 7- Estender o conhecimento adquirido às suas áreas de investigação, com a finalidade preventiva e educacional.

Estes objetivos foram os norteadores na análise dos dados obtidos, uma vez que representam as perguntas de base que o presente estudo buscou responder.

CAPÍTULO III - MÉTODO

III. A- A pesquisa

Para investigar a relação da Teoria do Apego com a suscetibilidade e resistência ao estresse, realizamos um estudo qualitativo utilizando estudos de caso, em pacientes com câncer de mama, por meio de entrevista semi-dirigida.

A abordagem qualitativa mostrou-se como a mais adequada para a realização desta pesquisa, uma vez que possibilita compreender a experiência das pessoas e os aspectos subjetivos de suas vivências, através de uma entrevista semi-dirigida. A proposta desta pesquisa qualitativa é a de descrever e interpretar os temas mais significativos na vida da pessoa, em um *continuum* entre a descrição e a interpretação (Kvale,1996)

Ao levantarmos temas significativos, nas palavras das mulheres, procurando explorar e compreender o que se passa em seu mundo interno, em termos de suas relações afetivas e implicações tanto em sua personalidade, quanto em seus relacionamentos passados e atuais e a relação entre estes aspectos e sua resistência ou suscetibilidade ao estresse, temos também consciência de que a entrevista, por si só, pode propiciar que a própria pessoa descubra novos significados por meio desta experiência.

Na opinião de Grandesso (2002), compreender implica vivenciar a subjetividade do outro. É uma fusão do horizonte entre o mundo do intérprete e o do interpretado, um horizonte que aponta para um mundo possível, diferente do que já fora encontrado.

Assim, a pesquisa qualitativa possibilita esta articulação entre a subjetividade do pesquisador e do pesquisado, além de ser valiosa não só pelo conhecimento que ela produz, mas também porque permite uma análise profunda do fenômeno escolhido para a investigação.

De acordo com Triviños (1987), a pesquisa clínica e qualitativa tem como características básicas: a) o ambiente natural é a fonte dos dados coletados e o pesquisador é o instrumento chave desta ação; b) é descritiva; c) tem como preocupação central, o significado que o sujeito dá aos eventos e à sua própria vida; d) implica em um método indutivo de análise dos dados e por fim e) valoriza mais o processo e o desenvolvimento da pesquisa e não somente os resultados encontrados por meio desta.

III B- Participantes da pesquisa

As participantes foram duas mulheres com câncer de mama, que aceitaram participar desta pesquisa, após o esclarecimento da proposta e das condições da entrevista – como duração, local e registro das informações, bem como explicação e concordância, por escrito, do termo de consentimento (ANEXO 1).

As participantes foram indicadas por médico oncologista, especialista em Mastologia, , com o qual a pesquisadora já trabalhou anteriormente, após expor o intuito de projeto de pesquisa (ANEXO 2) ao médico e às pacientes.

Os critérios de inclusão foram:

- Mulheres adultas, de qualquer condição sócio-econômica ou estado civil, residentes no Estado de São Paulo.
- Mulheres com câncer de mama, independente do estadiamento ou tipo histológico ou grau de comprometimento físico (exceto os itens apontados nos critérios de exclusão), que se dispuseram a participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram:

- Mulheres que apresentassem comprometimento de seu estado mental, não podendo ter metástases cerebrais ou uso de substâncias ou qualquer outro problema de saúde que interferissem com sua memória e capacidade de compreensão, pois dificuldades desta ordem poderiam distorcer a percepção e julgamento de suas próprias histórias de vida.

III. C - Local

As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos participantes, onde foram possíveis a tranquilidade, sigilo e condições básicas adequadas para o conforto e o registro dos estudos. Uma das participantes preferiu que a entrevista fosse realizada em sua residência e a outra, que se realizasse em nosso consultório, pois morava no interior de São Paulo e estava vindo para exames de controle.

III. D - Procedimentos para coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-dirigida. A opção pela entrevista como meio de obtenção dos dados relevantes para esta pesquisa

justificou-se por ser este o instrumento mais adequado para encontrar os dados que se referem diretamente à mulher com câncer de mama, suas crenças, valores, atitudes e opiniões. Também possibilitou a obtenção de outros dados relativos à subjetividade dela, como maneiras de pensar, sentir e reagir, mostrando condutas e comportamentos presentes e passados.

A escolha por uma entrevista semi-dirigida deveu-se à combinação de perguntas fechadas e abertas, na qual a entrevistada teve a possibilidade de discorrer sobre os temas propostos, no caso a re-lembrança de aspectos ligados ao apego infantil, a percepção sobre suas ligações afetivas atuais e aspectos mobilizadores de respostas a situações estressantes que possam ter ocorrido antes ou durante a doença.

A entrevista semi-dirigida nesta pesquisa foi orientada por um roteiro criado especificamente para este fim, tendo como referencial teórico e prático sobre apego o *Adult Attachment Interview* – AAI (George, Kaplan e Main, 1996); para detectar eventos estressantes ocorridos antes do diagnóstico do câncer, utilizamos como referencial o *The Social Readjustment Rating Scale* (Holmes e Rahe, 1967).

O roteiro dos estilos de apego em adultos do AAI foi desenvolvido com o objetivo de classificar os estilos de apego de adultos a partir da comparação com o estilo de apego presente na infância destes indivíduos, obtidos através de 18 perguntas abrangendo o relacionamento do indivíduo com figuras de apego da infância à vida adulta. O roteiro já foi traduzido e adaptado para ser utilizado em outras pesquisas (Casellato, 2004; Santos, 2000). Entretanto, o roteiro não foi adotado em sua íntegra, sobretudo pelos critérios de análise utilizados nestes roteiros originais, cuja construção e interpretação fundamentam-se em uma noção causalista, que buscamos superar nesta tese. Entretanto, as categorias relativas ao estilo de apego

das pessoas entrevistadas foram utilizadas nesta pesquisa, procurando identificar os sistemas comportamentais de apego na infância e na vida adulta.

A principal tarefa de nossa entrevista teve foco nas relações familiares dos participantes. Foram questionadas sobre suas experiências familiares, a qualidade de seus relacionamentos com cada familiar, suas memórias mais precoces até o presente; suas reações ao serem separados de seus pais, seus sentimentos de serem rejeitados por eles ou as reações de seus pais às suas crises na infância e também foram solicitados a descrever sua avaliação geral sobre experiências com a família e a descrever quais experiências os influenciaram mais e o motivo. Também foram questionados sobre como se sentem em seus relacionamentos adultos, a qualidade da interação, a visão de si e dos outros. (Anexo 3).

A percepção das interações entre situações estressantes nos últimos dois anos e o estado de saúde atual baseiam-se na Escala de Avaliação de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967), com situações relacionadas com acontecimentos estressantes.

Não temos como propósito deste trabalho validar uma taxonomia absoluta do estilo de apego de pessoas, nem uma relação causal entre situações estressantes e o câncer. Visto que os roteiros escolhidos para orientar nossa pesquisa se limitam a uma taxonomia pura e simples, tornam-se insuficientes para os objetivos postulados nesta tese e, por isso, foram utilizados apenas como base na formulação do Roteiro de Entrevista (Anexo 3), buscando superar a noção de causalidade, que também é implícita na classificação e investigar fatores de ligação entre a Teoria do Apego, o estresse e o câncer.

III. E - Procedimentos para análise dos dados.

O procedimento adotado foi o de realizar um levantamento de temas e questões mais significativas que surgiram por meio das entrevistas, no início com esta abordagem sendo individual a cada participante e após, com os pontos em comum e os que forem discordantes em cada análise e com uma análise final que possa fundamentar a pesquisa realizada. Para responder as perguntas norteadoras deste estudo, foram levados em conta os pontos apresentados em nossos objetivos particulares. Dessa forma, procuramos abranger as seguintes categorias de análise:

1- Apego na infância

- Contexto familiar
- Comportamento de apego na infância. Percepção da relação com a mãe, com o pai ou outro cuidador.
- Estilo de apego.
- Modelos operativos internos de si, dos outros e do mundo.

2 - Apego na vida adulta.

- Contexto familiar.
- Figuras de apego
- Estilos de apego
- Percepção das conseqüências das experiências vividas da infância na vida adulta

3 - Situações estressantes na vida adulta

- Situações de risco

- Perdas

- Suporte social

4 - Resiliência

- Mecanismos de proteção

- Mecanismos de vulnerabilidade.

- Influência das figuras de apego.

III. F - Cuidados éticos

Atendendo ao propósito da resolução número 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (1996), que se fundamenta em diretrizes internacionais sobre pesquisas em seres humanos e garantindo na elaboração da presente pesquisa os quatro referenciais básicos da bioética, confirmamos que foram respeitados os direitos de autonomia, com o consentimento das participantes, que se aplicou após uma explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (ANEXOS 1 E 2).

Em relação à pesquisa clínica em pacientes com câncer, existem algumas especificidades:

- Trata-se de uma população vulnerável, pelo comprometimento físico que a doença acarreta, e devido ao contexto geral do indivíduo, também em uma maior suscetibilidade psíquica, situações estas que a pesquisadora procurou minimizar ao máximo, cuidando da forma em que a doença e suas histórias de vida foram abordadas, estando atenta para as repercussões e mobilizações que pudessem ser negativas para os participantes, durante e após a entrevista, procurando dar o apoio que a participante necessitasse, com acolhimento e encaminhando para profissionais de apoio, se tal fosse indicado. A qualquer momento que o indivíduo sentisse estar não à vontade para seguir com a entrevista, a pesquisadora comprometeu-se a preservar seu direito de autonomia em seguir ou não participando da pesquisa, garantindo assistência e todo respaldo necessário.

Para preservar e não agravar a situação de vulnerabilidade inerente ao indivíduo-alvo da pesquisa, alguns cuidados foram especialmente tomados: A justificativa da pesquisa foi muito bem fundamentada (relevância e benefício à população com câncer); a pesquisa foi desenvolvida em indivíduos com autonomia plena, incluindo pessoas somente que estivessem em condições de avaliar, discernir e concordar com a pesquisa; a utilização de um método claro e cuidadoso, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento foi obtido (ANEXO 1); a garantia de total preservação da identidade dos participantes, sem que possam ser identificados mesmo que indiretamente, por seus relatos de vida.

A pesquisadora comprometeu-se a respeitar os atos de beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, necessários a um encaminhamento ético da pesquisa.

Os benefícios da pesquisa, tanto aos participantes como coletivamente, foram também relatados em nossa justificativa e explicados por meio de uma leitura em conjunto com o termo de consentimento.

Asseguramos aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno à sociedade, acesso aos procedimentos ou produtos da pesquisa.

O trabalho foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – PUCSP, sob número 140/2005.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO.

IV. A - DISCUSSÃO DA PARTICIPANTE A.

PARTICIPANTE A.

Idade: 37 anos

Estado civil: divorciada. Casou-se com 26 anos. Esteve casada por 11 anos.

Seu marido era 8 anos mais velho.

Profissão: Coordenadora de Recursos Humanos.

Não tem filhos. Vive com dois cães, em um flat em São Paulo. Teve dois abortos espontâneos.

Pai falecido quando a participante tinha 22 anos.

Outros vínculos afetivos importantes : com uma tia falecida que tinha 85 anos quando ela tinha 23 anos e com ex-amante.

Diagnóstico do câncer : 2004. Realizada mastectomia esquerda e quadrantectomia direita.

5 cirurgias plásticas.

Discussão do caso da participante A.

(Os relatos da participante são destacados e exatamente nas palavras dela)

A situação geral da família da participante na infância : ela, um irmão mais velho e seus pais, moravam em uma cidade pequena do interior de São Paulo ; seu pai era uma pessoa muito simples, motorista de caminhão, tinha somente até o quarto ano primário e sua mãe era dona de casa, também só com o quarto ano primário . Foi modelo, teve uma empresa de consultoria, agora é Coordenadora de Recursos Humanos.

A entrevista foi realizada no apartamento da participante, conforme sua vontade e teve a duração de um pouco mais que 3 horas.

Logo no início da entrevista, relata seu sentimento geral em relação à sua família, na infância : **nunca ser valorizada**, com **problemas de auto-estima**, e sua reação de **rebeldia** :

nasci em uma família muito machista, pai, mãe, irmão mais velho. Ele tinha tudo em casa, ele era o rei da casa, com os melhores brinquedos no Natal, eu ficava com tudo o que já tinha sido dele, que já tinha usado e depois vinha para mim. Eu estudei muito, era das melhores da classe, mas em casa nunca era valorizada. Sentia um problema de auto-estima tremendo, nada que eu fazia era bom....mas me impulsionou. Se alguém diz que não posso dirigir, vou dirigir. Se não posso pôr mini-saia, ponho e não tiro.

Na participante A, vários momentos mostram **avaliações e sentimentos contraditórios** de suas figuras de apego, quando em vários momentos cita a mãe como amiga, parceira (*“Ela ficou uma semana em casa, parceira, melhor amiga; ...muito carinho, ela me contando histórias legais, eu com 2 anos...”*) e ao mesmo tempo associando imagens positivas com **lembranças traumáticas** da mãe

ela me contou que meu pai não queria que eu tivesse nascido, queria que ela abortasse, ela não precisava ter contado, ela brigou com ele;... ela batia em mim quando eu fazia xixi na cama. Apanhei muito dela, de borracha..

E de como o modelo da mãe foi negativo, de como se sentia **oprimida, desrespeitada e não aceita**, pelas frases repetitivas:

Eu não queria ser igual a ela nunca. Porque ela se sujeita a muitas coisas, é machista e não me defendia de coisas que eu achava um absurdo, como ser serviçal de um homem, servir o prato, tinha que fazer o prato do irmão. Você está louca, porque ele não pode arrumar a cama. Me sentia muito incomodada. Sempre fui muito revolucionária. Com isso o que conseguia era ser diferente dela, para não ser oprimida. Mas tudo o que eu fazia, era o contrário, porque não era aceito, não tinha eco, não era bem visto. ...Guardei muita mágoa deles por não me respeitarem como sou, não me entendiam. Ser diferente deles era proibido, tinha que ser igual, e ser diferente era absurdo, eles não me respeitavam, não me ouviam.

Nas frases acima, repetidamente, em decorrência dos sofrimentos vividos, a participante mostra que sua reação era sempre a de se sentir **diferente** e a de querer ser diferente dos padrões familiares. E, em contraste com a tendência familiar machista, sua postura **revolucionária**. Também expressa na frase :

sempre tive idéias de liberdade, feminismo, pelo pai se muito machista, que filha dele nunca ia dirigir carro, trabalhar, morar sozinha era coisa de prostituta.

Entretanto, seus recursos falhavam, deixando mágoa e sem que conseguisse obter da família o retorno desejado "...*não me ouviam*".

Com relação ao seu pai, o mesmo se verifica:

o eu posso falar de meu pai é que ria de tudo, era muito amado pelos amigos, honesto, não posso esquecer nunca, ensinou firmeza de caráter, mas negligente afetivamente, sobretudo comigo. Com 9 anos meu irmão aprendeu a dirigir caminhão, dava colo para ele, abraçava, mas não comigo.

Com seu pai, seus discursos e sentimentos eram contrários : (*meu pai no leito de morte... eu deitei ao lado dele na cama, batendo papo, e de repente pegou no meu cabelo, caiu uma lágrima* – nesse momento a participante chora, único momento em toda a entrevista, de uma emoção maior, que a leva a chorar. Conclui chorando: *foi muito importante*).

A seguir cita: *Ele morreu e não faz diferença nenhuma, não mudou minha vida*. Fraley e Shaver (1999) descrevem o padrão de apego desorientado / desorganizado, através de duas características : uma lamentação crônica, ou seja, uma

reação amplificada de mágoa que se estende por longos períodos, ou por uma falha no lamentar-se, no qual uma mágoa esperada não ocorre ou é minimizada substancialmente. Observamos na participante estas características, como nesse momento que invocamos suas memórias do pai, com uma **quebra nos padrões de comportamento**, com uma emoção intensa inicial ao falar do pai, seguida por uma postura de indiferença em relação à sua morte.

A base desse comportamento, a participante mostra por uma falta de um vínculo forte e positivo com o pai, principalmente nesta frase:

meu pai nunca admitiu nada, nunca conversei com ele, nada de papo amigo, não sei quem é. Só porque pagava a comida, a escola até o quarto ano, mas nunca pagou a faculdade, eu sempre fui dona do meu nariz, nunca pedi dinheiro para eles, pelo contrário.

A forma como a participante respondia à falta de ser atendida, amada, era construindo uma aparente auto-suficiência, embasada em frases absolutas, como: *nunca pagou faculdade... nunca pedi dinheiro... meu pai nunca admitiu nada*. Que refletem a desproteção, a **falta de sustentação** às suas necessidades sobretudo afetivas, mas também à suas necessidades mais elementares: *durante o câncer, o único medo que eu tinha era de ficar dependente de alguém. De ter que contar com alguém para me dar comida*. Frente a esta situação estressante da doença, observamos, por esta frase da participante, a falta de um suporte familiar e social, sendo este um mecanismo de vulnerabilidade, relacionado a suas figuras de apego.

Com seu ex-marido também as mesmas contradições vistas com sua mãe e pai :

meu ex-marido era bem nutridor, ele que cozinhava... achava ele um cara que sabia tudo, inteligente, como se fosse meu professor, alguém que ia me mostrar o mundo, porque viajava muito, lia de tudo, no patamar, “príncipe”.

Ao mesmo tempo que mostrava situações muito negativas da personalidade do seu ex-marido, avaliando-o no sentido oposto: *um boçal, sem paciência, rude... muito racional, bruto.*

Mesmo com seu ex-amante, as mesmas contradições: *pus ele no pedestal, até há pouco ele era o tudo... só que esse cara não era nada, não tenho a mínima admiração por ele, também grosso, mal-educado.*

Também nas tentativas de relacionamentos atuais, persiste neles uma tônica comum: a **idealização** em suas expectativas em relação ao outro:

há uma semana me apaixonei, estou de quatro, ...me encantei, tão rápido... sintonia absoluta... grudamos, não nos perdemos, um doce... foi maravilhoso, completamente aceita. E, ao final do congresso, ele lhe diz: não estou preparado para um namoro sério, não posso oferecer isso agora, saí agora de um relacionamento, caiu meu relacionamento... ai...

Outra observação que fizemos, é que as avaliações de si geralmente tiveram como referência os outros, ou a necessidade de mostrar aos outros o que gostaria que vissem nela:

ele me falava: você é uma mulher demais, fabulosa, afetiva... tive uma avaliação do chefe: parece que você defende uma

coisa como se fosse uma causa. É meu. Acho que sempre fui muito idealista, até hoje. ...eu sempre fui mais sentimental, me importando e mais voltada às pessoas... (em sua família) opinião minha era zero, não tinha voz, com 16 anos quis ir embora....eu era a melhor aluna da classe, para provar para eles que eu era boa. Você não acreditou... você não me valoriza, olha como sou inteligente, olha como sou capaz, não peço dinheiro, nunca pedi...(com relação ao ex-marido): ele me falou: você não é nem carinhosa, ele desfazia muito de mim,. Só que eu acreditava nisso.

Essa necessidade da avaliação positiva do outro em relação a ela, já na infância teve sua origem, por uma sensação de **inadequação** e de não agradar :

tinha muito forte a necessidade de agradar os outros, desde criança, porque parecia que eu era inadequada em todos os momentos, meu jeito era ruim para eles, não agradava...

Sua forma de relacionar-se, na vida adulta, refere ter sido influenciada por sua **baixa auto-estima,...**

sempre namorei caras mais simples, se falavam que tinham dinheiro, eu fugia, eu tinha baixa auto-estima, forma de me proteger... nunca tive voz, minha opinião era zero na família... na minha avaliação de desempenho, dei uma nota muito baixa para mim mesma... me recriminava muito quando tive um caso, achava que eu não prestava... família muito machista, nunca

fui valorizada. Sentia problema de auto-estima tremendo, nada que eu fazia era bom.”

Mas quando fala na primeira pessoa de si mesma, também tem discursos contraditórios: *acho que falo em falsete, essa minha voz forte sou eu, me acho forte... e essa vozinha: tentando agradar.....parecer boazinha, porque era má.* Nesta última frase mostra a falta de avaliações consistentes e positivas de si mesma.

A participante reconhece um padrão repetitivo em seus relacionamentos – comparando as características de seus laços afetivos com o pai e o ex-marido: *“meus pais eram machistas e negligentes... aí tive um marido muito machista.*

Adjetivos dados ao pai: durão, rude, introspectivo, machista. Negligente afetivamente.

Adjetivos dados ao ex-marido: grosseiro, bruto, muito racional, temperamento muito difícil, estúpido, machista, negligente emocionalmente.

Apesar de sempre ter querido ser diferente da mãe, suas palavras mostram padrões de comportamentos repetitivos :

Ela foi o que eu não queria ser na vida: uma fraca, de aceitar tudo. Tem temperamento forte, mas se submetia. Tudo o que sempre quis foi ser o oposto da mãe

Com ex-marido:

eu tinha que provar para ele que eu também era inteligente; que eu não era um bibelô, porque ele me tratava como um bibelô... sou 8 anos mais nova, ele me tratava como uma filha.

Cuidava de mim, me dava tudo... (mãe falando para ela, a respeito de seu ex-marido:) você é um passarinho dentro de uma gaiola de ouro.

A pesquisadora apresentou uma grande dificuldade em fazer com que a participante mantivesse uma linha de pensamento e de respostas, após uma proposição dada. E não somente mudava de um foco para outro, mas do passado remoto ao passado recente e ao presente.

Além dessa **desorientação temporal**, **lapsos de memória**, quando se perguntava ou quando estava para entrar em assuntos desconfortáveis, como o processo do casamento (*o que eu estava mesmo falando...*) ou quando falou da sensação no início do câncer, após o que, se perdeu, ficou aérea, ausente por um tempo.

A participante viveu não somente uma falta de responsividade, mas também de afetividade, destacando seu pai: *meu pai nunca me pegou no colo, nunca me deu um carinho físico...* Observamos a situação grave de **negligência**, aos 5 anos, quando se machucou seriamente e o pai não queria deixar de assistir o jogo de futebol. *“...leveei três pontos. Isso significou negligência, falta de amor.”* Além da negligência, agressividade, violência e desrespeito, como relata no caso da blusa do baile :

eu com 8 anos, mãe comprou uma blusa para mim e queria que eu fosse no aniversário com ela, ela envenenou meu pai que eu não queria ir porque não combinava com o vestido, falei, não vou e ele : vai. Ele falou : vou te bater. Falei : pode bater, não vou com a blusa. Ele catou um vaso, e falou, vai, eu não vou, jogou, eu desviei, ri, você errou, ele veio com tudo para cima

de mim, me tranquei no quarto. E fui com a blusa, apanhei, ela me vestiu a blusa, e na festa, com 8 anos, paquerei um menino lindo com 15 anos, eu grande, alta, ele me tirou para dançar, fui, meu pai me pegou na orelha, me tirou no meio do salão (sempre fui muito corajosa, você não concorda?) e no dia seguinte o rapaz não me olhou, eu perguntei : você não vai me paquerar ? Ele falou : você é muito criança. Muita revolta, no meio do salão, pura revolta.

Essas situações de negligência, falta de amor e respeito, geraram muita **revolta**, como relata. Essa **falta de amor** do pai, também descreve, quando ele não quis que ela nascesse : *"meu pai não queria que eu tivesse nascido, queria que ela abordasse..."*

De sua mãe, apesar de dizer que recebeu muito carinho e que era sua melhor amiga, apresentava um comportamento "**desesperado**". *"eu, com 2 anos, engatinhando, ela ficou desesperada porque sumi, fui para o quintal, no monte de areia....minha mãe sempre foi muito medrosa..."* Esse mesmo padrão se repetindo no momento mais estressante de seu casamento:

acordava de madrugada chorando. Muitos pesadelos. Em um sonho, batia nele, batia mesmo nele, acordei com ele segurando minhas mãos. Falava muito no sonho. Acordava, olhava para ele e começava a chorar, com desespero de não conseguir resolver, não via uma alternativa.

Com relação à sua mãe, refere também situações de **violência**, que apanhava dela toda vez que urinava na cama, *"ela batia em mim quando fazia xixi na cama.*

Apanhei muito dela, de borracha.” De sua não disponibilidade quando a chamava, dizia não ter tempo e não a defendia quando precisava. A sensação da participante de sua família e de seu ex-marido se resume nessa sensação que apresentava com os dois: sufoco, prisão, opressão. Com sua antítese : a eterna busca pelo que considera que lhe traga felicidade: liberdade.

Talvez por isso, e talvez também por lhe **faltar a noção do limite do perigo**, desde criança se expôs a situações perigosas, até nos dias atuais, fazendo esportes radicais. Consideramos este aspecto, importante fator de vulnerabilidade.

“Sempre fui muito espuleta, tenho muitas marcas, vivia encima do muro, subia em árvores, sempre buscando liberdade, me sentia sufocada em casa ... até hoje faço esportes radicais, escalo, tirolesa, sou jipeira, adoro fazer trilhas.

A respeito da morte, expressa (e talvez deseje): *A morte é tão natural!*

Vínculo afetivo seguro e extremamente positivo ela obteve quando na vida adulta foi viver com sua tia-avó de 85 anos: *Ela foi fantástica, alegre, espuleta, tive meu primeiro carro, viajávamos juntas, aí eu falava- quero gritar, ela gritava junto.*

Seus primeiros momentos de ter vivido uma verdadeira preocupação de outra pessoa para com ela, foram com esse vínculo:

... eu me arrumando para ir ao trabalho, muito apressada, até hoje assim, ela vinha com um copo de leite e pãozinho, você não vai sair sem comer nada, e tomava leite e ia comendo o pãozinho. Voltei para a faculdade, chegava tarde da noite, e pratinho feito, no forninho, que nunca tive nem da mãe.

Outro vínculo positivo de afeto, que lhe respondia quando necessitava, foi da prima da irmã, que também morava junto:

muito alegre, é minha melhor amiga, morou com a gente na época, muito legal, a gente começou a ficar muito amiga, era mãezona, defendia a gente. Uma vez cheguei triste do trabalho com uma moça que me tratou mal e ela falou: aquela vagabunda(ri). Era muito legal, me defendia.” E também se preocupava com ela: “eu ligava e ela falava: te amo, não chega tarde, porque São Paulo é perigoso.

Ao mesmo tempo se sentia aceita e respeitada: “...me respeitavam, viam que eu era muito livre, não queriam me por em uma gaiola.” Seus momentos de carinho e amor foram com essa tia-avó e com essa prima:

essa tia de 85 anos... eu deitava a cabeça no colo dela, fazendo companhia, ela me fazia carinho, falando... meu anjo pelado, me fazendo carinho na cabeça.

Os momentos de maior prazer e alegria em sua vida, são descritos pelas palavras **liberdade, carinho, respeito**, como na frase acima, em contraste com momentos vividos na infância, onde o oposto surgia : **opressão, prisão, desrespeito**. Em decorrência, desobedecia, mentia, escondia “*nunca quis obedecer, fazia questão de fazer o oposto...*”

Com relação a vínculos com filhos, relata que engravidou duas vezes, mas abortou:

perdi no início, com 20 dias, sem motivo. Acho que eu sabia que não era para ter filho com ele, porque no fundo acreditava que ele não era a pessoa certa, eu tinha muitos momentos de tristeza, não sei explicar, sem motivo, nos 11 anos de casamento.

Refere-se aos 2 cachorros como “*meus filhinhos*”. Fala:

pego os dois no colo, para mostrar que não prefiro nenhum dos dois, trato os dois igual, não dando o tratamento igual ao que eu tive.

A participante relata o benefício que a doença lhe trouxe, ou as mudanças positivas que surgiram com e após o câncer:

tenho certeza que o câncer não foi à toa, muitas coisas aconteceram em toda a minha vida, de mágoas... foi um divisor de águas... hoje sou outra pessoa. Após a cirurgia, sou outra, a vida é muito importante, vivo intensamente tudo. Tinha que aprender, para me integrar, para ser uma pessoa inteira... foi uma prova para nós dois. A doença foi minha cura. Opa, vou me matar desse jeito, não posso continuar essa história. O câncer foi um divisor de águas, um divisor. Mudou o comportamento da família.

Outro tema importante em sua história de vida, se refere à sua **abnegação**, como quando deu sua bicicleta para o pai por gasolina no caminhão.

Esse lance dele não ter dinheiro para a gasolina, dificuldade financeira grande, eu com 13 anos, eu com a primeira bicicleta, ele falando não ter dinheiro, eu falei: tenho uma solução. Vou vender minha bicicleta, você põe gasolina no caminhão para ir trabalhar, e vendi minha bicicleta, meu primeiro bem, um tesouro, e vendi para ele por gasolina no caminhão dele.

- Quando sustentou sua família durante a faculdade. *“Quando comecei faculdade, eu era a única que trabalhava, irmão sem emprego, meu pai doente, eu pedi bolsa, tive 70% e meu salário ia para casa.”*

Outro tema que surge em sua história de vida, é o relativo aos extremos do

Tudo ou nada:

quando ele estava apaixonado, eu era rainha, a supra-sumo...ele me falava: você é uma mulher demais, fabulosa, afetiva. Chefe fala: você quer abraçar o mundo.... um bibelô, um passarinho dentro da gaiola de ouro... Com o câncer: me sentia por cima: sou forte, não preciso de ajuda.”

Com relação a **situações estressantes** em sua vida, precedendo o conhecimento do seu câncer, a participante relata dificuldades crescentes no seu casamento, que se agravaram antes do diagnóstico, a ponto dela ter solicitado a separação uma semana antes deste.

Quando define o que sentia:

acordava de madrugada chorando... em depressão. Muitos pesadelos. Acordava, olhava para ele e começava a chorar, com desespero de não conseguir resolver, não via uma alternativa.

Concomitantemente, **culpa**-se por ter tido um amante: “*não aceitava, justo eu, tendo um caso, achava que eu não prestava. Me recriminava muito.*”

Outro fator de estresse foi o excesso de trabalho, mecanismo que a participante utilizou mas que, ao invés de ter-se mostrado como protetor, foi mais um mecanismo de vulnerabilidade, pela falta de limites em usá-lo : “*Aí me enfiei no trabalho, virei uma consultora, uma executiva, viajei todo o Brasil... me afundei no trabalho.*”

E dificuldades sexuais: “*nessas minhas viagens, sem carinho, ele me rejeitava, um ano e meio sem sexo.*”

Também observamos, antes do surgimento do câncer, situações que a levaram aos sentimentos de **desespero e desesperança**:

“quando discutia com o ex, antes de descobrir o câncer, eu falava: não agüento mais, vamos discutir, muita dor nos seios, sobretudo o esquerdo.

Uma vez ele discutindo, eu comecei a me bater, dar tapas no meu rosto, porque o desespero era tão grande que comecei a me agredir, não estava fazendo nada certo, ele não me compreende, desespero. Depois deitei no canto da cozinha e me encolhi em posição fetal. Pleno desespero. Sem ver uma saída.”

O relato de desespero, sem encontrar nenhum recurso psíquico, leva-a à situação mais importante na compreensão da teoria do apego: quando este não é seguro, situações traumáticas remetem-na à sensação de falta de apoio, de busca dele, se colocando em posição fetal. Este foi o relato mais importante que mostra sua extrema vulnerabilidade, frente à situação estressante, relacionada à sua principal figura de apego no momento.

A dificuldade em usar os recursos dos vínculos afetivos, que ajudariam a superar o momento:

Com o câncer, o único medo que eu tinha era de ficar dependente de alguém. De ter que contar com alguém para me dar comida... meu irmão ligou para meu marido me pegar. E falei: não preciso, estou bem. Me sentia por cima: sou forte, não preciso de ajuda. Uma amiga se ofereceu, não quis. Porque nunca sou de contar com elas, então não conto. Até hoje não peço. Nem para amigas.

Essa falta de apoio em um vínculo seguro se verifica também no momento do diagnóstico do câncer:

o primeiro que avisei foi meu chefe, estou com câncer, vou me internar, ficar ausente uns dias. Ele me perguntou: você avisou seu marido... Para mim ele não era mais meu marido.

Depois de ligar para seu chefe, lidando com situações práticas somente, é que ligou para seu amante e por último, ao seu marido, que também não demonstrou afeto, nem emoção:

Aí telefonei para o cara, que foi muito legal e em terceiro para meu marido, ele mudol, mandou eu ligar para uma médica amiga para ter outra opinião e em quarto liguei para meu irmão. Meu marido em nenhum momento se disponibilizou.

Novamente a falta de uma resposta afetiva:

...fazendo exame com o mastologista, ele ao lado, mudo, estático. Eu comecei a chorar, ele não fez nada, não me abraçou, eu chorava, chorava. Parei de chorar, enxuguei, aí ele me abraçou, sem uma palavra.

Interessante termos observado que a participante se refere à doença como autora direta do processo. “fiz mastectomia esquerda e à direita, quadrantectomia. Até o bico tirei.”

A participante apresentou, no momento do câncer, uma mudança em seu comportamento com a família, sobretudo com sua mãe:

Após a cirurgia, meu amante foi me ver no hospital, foi maravilhoso, e minha mãe sabia de tudo, ela era minha parceira, foi minha cúmplice várias vezes... e me falava: olha o que faço por você, passo por cima dos meus valores, mas você precisa se redescobrir, voltar a achar que você é uma mulher atraente. Porque você fica pegando migalhas sob a mesa, se você pode se servir de um banquete...No hospital, minha mãe sempre comigo, amável, me fazendo carinho, paciente, às vezes eu era agressiva, ela calma... tive um estado de leveza.

E com seu irmão:

em quarto lugar liguei para meu irmão, ele falou, você não vai dirigir sozinha... aí meu irmão começou a me dar todo respaldo, mudou muito, ligou para meu marido me pegar.

No momento atual, também liga para seu irmão, para pedir opinião:

estava em uma dúvida terrível, liguei para meu irmão, e perguntei: o que faço... E meu irmão me falou: se você tem dúvida, não é bom nenhum dos dois.

Entretanto, seu irmão não conseguiu vê-la, estar junto dela no momento da doença, mas sentiu sua preocupação para com ela:

meu irmão não foi me ver em nenhum momento, mas entrou em depressão, começou a tomar calmantes, não conseguia dormir, ligava todo dia, mas não foi.

A primeira impressão que a pesquisadora teve, foi a de estar frente a uma mulher que apresentou um câncer de mama após um longo período de estresse, sobretudo em sua vida conjugal, com momentos de desespero e desesperança. Associados a uma culpa, devido a um relacionamento extra-marital. Mas que, superada a fase da cirurgia e dos tratamentos complementares, a experiência de vida havia lhe propiciado uma consciência do que havia lhe sucedido e adquirido recursos de enfrentamento adequados.

Entretanto, à medida que a entrevista evoluiu, palavras e sentimentos e ações semelhantes à sua narrativa inicial, mostravam-se ainda presentes, com repetições de

seus padrões de apego e com respostas aos novos problemas surgidos em decorrência destas escolhas, ou caminhos, continuando a mostrar uma fragilidade em sua constituição psíquica. Situações estas, revelando aspectos de vulnerabilidade frente ao estresse.

Constituição esta forjada em laços afetivos em sua infância, inseguros e desorganizados, onde situações de negligência, violência e desrespeito resultaram em padrões de apego da mesma forma inseguros e desorganizados / desorientados, com uso de vários recursos de idealização e de comportamentos de risco.

IV.B - DISCUSSÃO DA PARTICIPANTE B.

PARTICIPANTE B.

Idade: 56 anos.

Profissão: Professora. Entretanto, sua principal atividade é exercer o que denomina terapia neuro-muscular, mas é procurada pelas pessoas como benzedeira, feiticeira.

Estado civil: Viúva aos 33 anos. Casou-se com 26 anos. Ele era delegado de polícia.

Reside no interior de São Paulo.

Teve dois abortos espontâneos, aos 3 meses. Tem filho adotivo com 29 anos.

Mãe viva com 82 anos de idade. Pai e marido falecidos (próximo à idade de 33 anos da participante). Tem uma irmã solteira, dois anos mais nova.

Outros vínculos importantes : com dois ex-noivos, um faleceu de câncer (participante na época, com 22 anos), outro de acidente (logo após).

com empregada, que trabalhou 18 anos para ela.

com o « senhorzinho » motorista, durante a quimioterapia.

Mastectomia em 2002, com metástase no mediastino. Quimioterapia e Radioterapia pós-operatória. Não quis fazer reconstrução mamária.

Entrevista realizada no consultório da pesquisadora, conforme a vontade da participante, visto que ela mora no interior de São Paulo. Veio vestida de índia. Sua avó materna era índia, e a participante trabalha e estuda raízes latino-americanas, peruanas, e muitas outras tribos (segundo a participante).

Em relação à sua família, teve sua infância em uma cidade pequena do interior de São Paulo, sua juventude em uma cidade maior do interior de São Paulo, vivia com seus pais e uma irmã mais nova. Estudou na infância e adolescência arte, música, se formou em piano clássico, é professora, fez faculdade de música e educação artística e atualmente é terapeuta neuro-muscular. A respeito de sua família :

éramos muito comedidos, nunca tivemos dinheiro, porque meu pai se deu muito mal, eu tinha dois anos quando ele perdeu tudo, os sonhos de minha mãe se esvaíram...

Seu **sistema de crenças** permeia toda a entrevista, sua compreensão de doença e é seu recurso mais valioso frente ao câncer. No início da entrevista ela fala do câncer e de sua fé:

O câncer primeiro veio me falar: pára. Atendi por anos das 7 às 0 horas, só trabalhava, trabalhava e foi: pára . Uma quebra de tuas crenças, volta tudo, começa tudo de novo.

Quando perguntamos que quebra de crenças foram estas que o cancer veio trazer, ela responde:

Porque acredito que os sobreviventes vão ser pequenas comunidades, plantando, se curando, se ajudando, da cura do sistema de crenças. Mas eu estava trabalhando só individualmente, e um dia o sonho de trabalhar em um grupo, que nunca chegava, aí parou tudo.

Perguntando quais seriam essas crenças nos trabalhos grupais, responde:

...antes do câncer, eu trabalhei muito com mulheres com câncer de mama, atendi muitas mulheres, e nas cerimônias que participei, só vinham mulheres com câncer de mama, eu pondo conhecimento, atenção, carinho, mas algo não sabia do câncer de mama.

Com o passar da entrevista, fica claro que a participante trabalha com estes sistemas de crenças, usando substantivos para estes: feiticeira, pagelança, terapia neuromuscular, benzedeira, osteopatia, entre outras. Onde permeiam conhecimentos da biologia com conhecimentos vinculados à sua descendência, indígena. Associados a sensações e percepções energéticas, ou “milagres”, como ela prefere denominar.

Seu sistema de crenças mostra a visão que possui do câncer:

Entendi reflexo do micro no macro e do macro no micro. Assim como a peste negra, tuberculose, doenças que grassaram a humanidade, por elas a humanidade deu um salto no comportamento e conhecimento, o câncer é também um terrorismo. Ira, querem crescer, tomar conta, matar, sem limite, a célula cancerosa também, sem limite. É um reflexo do momento planetário e eu reconheço o terrorismo que fiz com meu sistema imunológico.

Além da crença no câncer como algo que foge do controle, esta participante também imputa o cancer a uma atuação direta dela, nesta última frase: “*reconheço o terrorismo que fiz no meu sistema imunológico*”. Assim como sua atuação direta no processo de cura e da força de suas crenças :

Na noite anterior à cirurgia um pajé fez pajelação toda a noite, fizemos um grande trabalho, muita fumaça, erva, canto, me operaram energeticamente. Entrei na cirurgia, eu não queria ficar mais que 24 horas no hospital, saí e fui para a montanha em uma semana e dancei 3 dias e 3 noites, para agradecer e me preparar para a quimioterapia. É uma dança anual, meu compromisso, no meio do mato, cheia de dreno, fui e deu tudo certo.

Essas mesmas crenças já foram seus recursos psíquicos mais importantes em relação à sua percepção do mundo e dos vínculos afetivos:

Na infância, minha crença maior: tudo existe, tudo é possível, e o mundo é lindo. Fui pesquisar... para mim não existe mágoa,

abandono, rejeição. Cresci com essa fé profundidade algo maior que eu, era católica fervorosa, estudei em colégio de freiras, comungava todo dia, depois fui estudando mais, questionando o catolicismo, fiz PUC, tudo relacionado com Deus.

Essas frases nessa crença da vida como “fabulosa”, com seus superlativos, vieram concomitantes à sua memória mais remota: “*éramos muito comedidos, nunca tivemos dinheiro, meu pai se deu muito mal, eu tinha dois anos quando ele perdeu tudo, os sonhos de minha mãe se esvaíram, minha mãe é uma mulher forte, e criou nós duas muito bem, muito bem educadas, pessoas muito amadas.*”

Sua relação com a mãe é marcada pelas mesmas **frases idealizadas**, que se contradizem posteriormente.

Mãe fabulosa, amorosíssima, inteligente, doutora cinco vezes, mas não soube lidar com essa história do amor, sei que o amou profundamente, ele veio morar com ela quando na velhice....tenho uma mãe muito poderosa, de muita visão e percebeu minha potencialidade e me encaminhou muito bem, me fez estudar arte, música, me formei em piano clássico, professora, meu tempo todo ocupado estudando, presidente de todas as associações de juventude da minha cidade, o mundo para mim era pouco, sempre quis muito... Tenho álbum de foto desde o casamento da mãe, sei que fui feita com paixão, fotos diárias, cada mês, meus pais ainda em lua-de-mel, ela voltou da lua-de-mel grávida, aquele momento de amor, e minha mãe escreveu um diário que eu queimei o ano passado...

Posteriormente na entrevista ela relata o porque que teria queimado o diário, e de como esses superlativos não se sustentam nos seus discursos posteriores, quando mostra o prejuízo dessa necessidade da “excelência”:

... minha mãe é minha sombra, desde pequena, qualquer coisa comigo, ela reagia como se fosse ela, se a senhora lesse 3 páginas do diário dela: meu amor, luz da minha vida, brilho da minha existência... é tão avassalador!... era tão grande e tão exigente e tão avassalador, eu não podia tirar 9, só 10, senão ficava de castigo, fui 10 de cabo a rabo, do primeiro ao último ano, o grau só podia ser excelente, menos que excelente ela não aceitava...”

Esses superlativos se referem sobretudo à sua mãe, mas também a si:

“ O mundo para mim era pouco, sempre quis muito... todos exigem minha presença...”

“...nunca vivi qualquer rejeição, sempre me senti a pessoa mais amada do planeta...”

Também em relação à sua sogra: “sogra incrível, marido muito bem criado.”

Ao filho: “ *Ele é o amor da vida,... nos tratamos com clareza absoluta.*”

Ao marido: “ *companheiro super dedicado, homem de um espírito muito universal, não era apegado nem azedo.*”

Superlativos esses não ligados a uma relação afetiva segura e consistente :

Viúva, super natural para mim... com 7 anos eu já sabia que ia ficar viúva com 33 anos. Tinha certeza .Tudo existe, tudo é possível... Tenho uma saudade eterna em mim, que nunca cura. É uma saudade abstrata, profunda, mas não sou apegada ao passado, como se fosse uma saudade, é sobre a solidão, que é algo inerente do guerreiro, que tem amor pelo âmago da energia do ser, da terra.

Sua história de vida, marcada pelas idealizações e superlativos acima descritos e uma realidade mais trágica, teve como determinante, pelo que pudemos encontrar em sua entrevista, atitudes da mãe:

Minha mãe pôs um muro entre nós e o pai, na nossa frente ele estava sempre sóbrio..hoje sei, não por ela, mas pelas minhas tias, pela babá, que aquele casamento era uma infelicidade completa; quando minha mãe foi vendo meu comportamento, projetou em mim tudo que ela não conseguiu ser.

Suas memórias mais remotas da mãe foram:

Lembro com 5 anos, uma moça cuidando de nós, minha mãe foi se virar para ganhar dinheiro, estudar... nessa época meu pai foi viajar, muito nebuloso, misterioso. Minha mãe, até a morte do pai, mostrava o mundo perfeito, para a família, para o povo. Ex: formatura de quarta série, onde ele estivesse, ela ia buscá-lo e comprava um terno e o trazia. Pai presente. Para o exterior.

Assim, suas memórias da mãe, foram de uma mãe que mascarava a realidade, ou extremamente exigente:

minha mãe é um drama de controle, é o drama psicológico, ou você é a dona do controle ou não, ela era muito controladora e implacável na impecabilidade dela, do objetivo dela de educação. Ela olhou, murchou a borboleta. Podia estar no portão, você estudou 9 horas de piano... Não, só 7. Então, volta. Obrigação em primeiro lugar...

Consideramos muito importante a frase: murchou a borboleta. **Borboleta** que significa liberdade. Por isso relata a seguir:

Comigo não, emoção primeiro, obrigação segundo. Não quero rigidez para mim, faço um trabalho forte para quebrar padrões rígidos, de não ter um sistema de crenças vigentes, TV, regras, moda...

Apesar de lutar externamente para quebrar essas regras e crenças rígidas, relata que, como “piloto automático”, fez com o filho o que sua mãe fez com ela, no dia da morte de seu marido:

assim que o pai dele morreu, um amigo psiquiatra, na noite do crime, me falou para tirar ele da casa, não ir ao enterro, e fiz, estava cega, tomando providências, louco, eu queria cremar, a família dele não, e naquela hora abandonei meu filho, não deixei ele lidar com a morte e ver o pai dele, porque não tive tempo de refletir, muita pressão.

Tenta contrapor o que sua mãe fazia, no sentido de impor obrigações e atitudes, mas segue o mesmo padrão, como no episódio acima.

E tenta *quebrar os padrões*, se vestindo com trajes indígenas, com chapéu, roupa, e colares de índia. Não querendo fazer reconstrução mamária. Não seguindo as normas habituais de um hospital, onde uma alta com 24 horas após uma mastectomia é exceção. Indo dançar na mata 3 dias e 3 noites, com uma semana da cirurgia, com drenos no corpo. Fazendo pajelança na irmã alcoolizada, durante toda uma noite, ao sair do hospital.

No momento da entrevista em que fala de sua atitude com o filho, frente à morte do marido, não permitindo a presença dele no enterro, me pareceu que o seu marido tinha sido assassinado. Depois fala em acidente. Entretanto, mais tarde ficou claro que ele sofreu um atentado, ficou dois anos paralisado, para por fim morrer.

Mas dois anos antes de morrer do acidente, ficou dois anos sem andar. Ele não dava trabalho porque morria de vergonha da parte humana, montei para ele um quarto, uma enfermeira, ...eu trabalhava muito, das 7 às 23 horas...

Existia uma imprecisão, uma **falta de seqüência temporal** em seu discurso. Como no episódio acima, como na data da morte do pai e do marido, que relata de forma não compreensível :

...eu com 33 anos, quando tirei o rim, por cálculos. Meu marido morreu (outro capítulo feio). Assassinado muito brutalmente. Um ano antes e pai morreu um ano após.

Um pouco antes, havia dito que ficara viúva com 33 anos. Agora, diz que marido morreu um ano antes da cirurgia no rim, quando tinha 33 anos. E que o pai teria morrido um ano após, isto é, quando ela teria 34 anos.

Outro tema, o **tudo ou nada**, permeia vários momentos de seu discurso:

minha decisão de fazer mastectomia e não reconstruir foi minha, porque não fico apegada a detalhes... a maior morbidade de ter um peito que não era o meu, porque sempre tive muito orgulho na vida eram dos meus peitos, eram divinos, para ter uns mais ou menos eu não queria... Todos exigem minha presença, nos lugares... recebo gente do mundo inteiro. Na doença proibi todos da família de ir em casa.

Várias vezes pudemos constatar **falhas em suas memórias**, ela parava o diálogo, ficava pensando e logo mudava o assunto:

com 5 anos...meu pai foi viajar, muito nebuloso, muito misterioso... Sinto que existe na nossa primeira infância uma falta de clareza... Minha mãe pos um muro entre nós e o pai, na nossa frente ele estava sempre sóbrio... uma vez só apanhei, quando derrubei armário cozinha... nunca vivi qualquer rejeição, sempre me senti a mais amada do planeta...

Quando as pessoas recordam fatos negativos relevantes com a experiência de afeto a infância, constantemente ocorrem altos níveis de ansiedade e distresse (Simpson, Rholes e Phillips,1996). Este poderia ser um questionamento a estas falhas de memória, assim como que tais lapsos sejam por algum mecanismo de defesa,

como Bowlby (1973) descreve, quando estas emoções negativas são canalizadas em direção a uma ansiedade e preocupação, relacionadas à rejeição e abandono.

Classificamos a participante como pertencente ao grupo desorganizado / desorientado de padrão de apego adulto, por apresentar lapsos quando discorre sobre suas perdas, ou abusos. Tivemos dificuldade em entender, no seu discurso, se estava falando da morte do seu marido, ou do seu pai, e o tempo dos fatos não nos ficou claro, e quando insistíamos na pergunta, ela mudava para outro fato.

Assim, falando do seu marido “*mas 2 anos antes da morte acidental, ficou 2 anos sem andar...*” Anteriormente, havia dito: “*meu marido morreu, outro capítulo feio, assassinado muito brutalmente, um ano antes da cirurgia e meu pai morreu um ano após.*” Quando insistíamos em tentar entender a cronologia das mortes e o surgimento do câncer, e se seu marido morreu imediatamente após o crime, ou se após este, ficou paralizado por 2 anos, mudava imediatamente de assunto, falando das boas lembranças do pai, ao mesmo tempo que mostrava a rejeição que tinha por ele, sem responder o que perguntávamos:

...muitas boas lembranças dele (de quem... do pai ou do marido...). Escolhi que não queria conviver com ele, por amor a mim, essa não era minha energia, da fraqueza. Bebida é doença (então consigo compreender que falava do seu pai, e pergunto que fraqueza foi essa)... por não ter conseguido dar a volta por cima, de ter ficado amarrado toda a vida à mãe, dependendo dela nos últimos 15 anos da vida, e infeliz.

Relata seu pai antes e após sua “queda”, quando ele perdeu todos os seus bens, e a participante tinha 2 anos de idade na ocasião:

...ele era mimadinho, caçula, o bonitinho, terninho branco de linho, minha mãe se encantou e fantasiou. Ele era muito afável, amoroso, o melhor cozinheiro que já vi na vida, alguém ficou doente, com dificuldade, o chamavam para cuidar, o melhor enfermeiro do planeta.

A participante cita o momento da infelicidade da família como sendo quando seu pai perdeu sua fazenda, e passou a ser alcoólatra: *“Após a queda, ele ia e voltava, não ficava mais em casa.”* Por esse motivo, se afastou dele, passando a considerar essa atitude dele uma fraqueza, com a qual não queria conviver... *escolhi que não queria conviver com ele, por amor a mim, ele não era minha energia, da fraqueza. Bebida é doença.”*

Nós havíamos entendido antes que seu pai havia fugido e que em raras ocasiões, para mostrar à sociedade que ele estava presente, sua mãe ia buscá-lo. E nesse momento relata que ficou nos seus últimos 15 anos dependente da mãe, e alcoólatra. Aí a participante mostra que se afasta do pai e o rejeita:

não acreditava que ninguém tira energia de ninguém, vampirismo é bobagem, mas não fico em ambiente onde as energias não são compatíveis com a minha.

Algumas recordações do pai, mostram um cuidado dele para com ela, em situações de crise: *“Quando tirei o rim, por cálculos, ele era muito cuidadoso, me levava leite, aveia.”*

Na infância, relata momentos de muita afetividade com ele:

...após casado, ele não era feliz, mas na época eu não me dava conta, ele chegava, era uma festa, comida, levava a gente para passear na chuva, eram momentos de muito amor, convivência, nunca levantou a voz, a mão, era apaixonado pela minha irmã, mas sei que minha mãe criou um muro...quando minha mãe foi vendo meu comportamento, projetou em mim tudo que ela não conseguiu ser.

Nessa fala, além da afetividade do pai, vem uma conotação de predileções, do pai por sua irmã e da mãe por ela. Nessas diferenças, a frase: *era apaixonado pela minha irmã*.

Ela procurou superar o afastamento do pai com sentimentos de rejeição para com ele, como vimos nas frases acima. Bowlby (1973) escreve que indivíduos com apego inseguro, tendem a modular sentimentos negativos restringindo o conhecimento de distresse e adotando o que chama de "compulsiva auto-confiança". Ela se manifesta com independência, menosprezando a importância das relações de apego, mantendo distância das figuras de apego, e inibindo emoções negativas.

Outro momento que mostra afastamento de uma figura de apego, foi durante os 2 anos que seu marido esteve paralisado:

nos 2 anos antes da sua morte acidental (...acidental... havia dito que tinha sofrido um tiro no pescoço...) ficou 2 anos sem andar. Ele não dava trabalho porque morria de vergonha da parte humana, montei para ele um quarto, uma enfermeira, os amigos iam toda hora visitá-lo, ele aprendeu muito com essa

experiência, quebrou todos os orgulhos dele, porque seccionou o pescoço.

Sua participação durante o período em que o marido esteve na cama, afetivamente, se mostrou ser quase inexistente: “*Eu trabalhava muito, das 7 às 11 horas, tinha que deixar todas as coordenadas...*” Insistindo em compreender o “acidente”, ela relata:

Antes do marido, perdi 2 noivos, um teve sarcoma no pescoço, morreu em 20 dias, eu com 22 anos e outro noivo, que era o melhor amigo dele, estava dirigindo um aviãozinho na fazenda, caiu, morreu na hora. E marido com tiro no pescoço.

E comportamentos simultâneos contraditórios se mostram quando ri falando desse assunto:

O que é isso, 3 no pescoço, fui em um astrólogo, não vou mais arrumar ninguém senão vai morrer enforcado, o que que eu estou segurando os caras... (ri muito).

Segue falando, novamente através de suas crenças e filosofia: “*fiz esses caras se auto-expressarem – é o ponto de decisão para os feiticeiros.*”

Main e Solomon (1990) já descreviam as crianças como pertencentes ao grupo desorganizado / desorientado quando, frente à situação estranha, seguisse um ou mais dos seguintes comportamentos: padrões de comportamentos contraditórios, comportamentos simultâneos contraditórios, movimentos e expressões mal direcionados ou interrompidos, movimentos e expressões frias, índices diretos de

desorganização e desorientação, com mudanças rápidas no humor. Características estas fortemente confirmadas nos momentos acima descritos.

Também antes do câncer, a participante relata, ao mesmo tempo, fatos objetivos que ocorreram, permeados por suas percepções e crenças:

Paradoxo no câncer de mama: porque leio muito. Trabalhava muito, como louca... reconheço o terrorismo que fiz com meu sistema imunológico... Eu só comia coisa boa, mas fumo. Dependendo do dia, nas cerimônias fumo cachimbo, nos dias de reza não fumo, mas pinto o cabelo. Meu negócio é a fumaça, que é o mensageiro do Espírito. Mas dormindo só uma hora e meia por noite, trabalhando feito louca, eu era puro terrorismo comigo mesma, elevadíssimo grau de estresse, todos me chamando, porque sei do meu trabalho.

Um pouco antes, tentando entender o que se passara com sua história de vida antes do câncer, e as situações afetivas que havia vivido, ela diz, de forma imperativa: “*eu nunca senti nada, nunca liguei para essas coisas. Não me dê a batata quente que não vou pegar.*”

Ao diagnóstico do câncer, refere o apoio que teve de uma médica antroposofista, que a ajudou também com medicamentos, durante a quimioterapia. Do apoio da equipe médica, que lhe conseguiu a gratuidade de todo o tratamento. E de que contava com o apoio de uma empregada e do motorista, apesar da empregada não ter podido estar com ela logo que retornou à casa. Mas, em relação à sua família, mostra não somente a falta de apoio desta, mas sua rejeição a ela :

Na doença proibi todos da família de ir lá em casa, porque não precisava da auto-piedade de ninguém.... tive a D. que trabalhou 18 anos comigo, ela cuidou de mim, toda a comida, todos os horários e um senhorzinho que dirigia, na quimioterapia. Menos família. Primeiro que não contei para mãe que estava com câncer. Tomei todas as decisões sozinha, aí mãe veio, saí do hospital em 24 horas, irmã me levou para casa... A D. não pode ir, mas irmã lá, eu com horas de operada, irmã saiu, só voltou tarde da noite, bêbada de cair, precisei carregar ela, fazer eu uma comida, pôr ela na cama, e das 0 às 5 horas toquei tambor na cama dela e cantei para afastar espíritos que me faziam mal, e toquei ela de manhã e não me apareça mais.

Nesse momento de **raiva**, após quase duas horas de entrevista, quando perguntamos porque não queria que sua mãe soubesse que estava com câncer, e porque não a quis ao seu lado após, é que relata seus sentimentos mais profundos, antes totalmente idealizados:

porque a mãe fica encima de mim. Ai isso, ai aquilo... minha mãe é minha sombra, não quis contar. Desde pequena, qualquer coisa comigo, ela reagia como se fosse ela, se a senhora lesse 3 páginas do diário dela (que a participante disse ter conseguido queimar recentemente): meu amor, luz da minha vida, brilho da minha existência... é tão avassalador!

Não citou o filho, neste momento da doença. Nem estando ao lado dela, nem durante, nem após. Ela foi extremamente breve em falar de seu relacionamento com seu filho adotivo. Lacônica: *“De pequeno, brigas.”* Permeia suas atitudes, novamente, seus sistemas de crenças: *“Todos em casa brigavam comigo porque ele não quis estudar, ele detestava estudar, concordei porque ele é um ser do ar...”* E as conseqüências na vida desse filho: *“fez ludoterapia mais terapia por 8 anos...”*

Pelo relato, os laços afetivos mais fortes de seu filho foram com o pai

Perdi dois bebês, um com toxoplasmose e outro malformado, abortos de 2 e 3 meses, adotamos esse filho – agora com 29 anos- nenê. Ele era o amor da vida do marido, ele era louco por esse menino, foi uma pena ele ter ficado sem o pai.

Seus laços com seu marido também se mostraram idealizados, porque, apesar de dizer que era muito bom seu relacionamento com ele, alguns fatos são contraditórios, como o fato de falar que ele ficou 2 anos na cama, após o acidente e quem cuidava dele era uma enfermeira, porque ele tinha *“vergonha da parte humana”* e ela trabalhava das 7 às 0 horas; fala que ele era um delegado de polícia muito espiritualizado, mas foi mandado embora de 8 cidades por motivos políticos

ele sempre criava um caso, com vereador, prefeito, davam queixa e tocavam ele de cidade” e quando o mudavam, não o acompanhava “eles o mandaram para São Paulo, que eu não vinha nem morta.

E resume seus relacionamentos com os homens que teve, como uma missão *“Fiz esses caras se auto-expressarem – é o ponto de decisão para os feiticeiros.”*

Seu real foco de apoio e satisfação sempre foi seu trabalho, com seus “dons”:

estudo energia, o espírito sempre me encaminhou, professores muito especiais, bárbaros, que não posso pagar, mas ganho e devolvo ao mundo sendo eu, do meu jeito, e com vida meio doida, mas muito satisfeita.

A falta de seu trabalho foi a maior dificuldade que sentiu, após a cirurgia. Este, que a participante relatou como sendo seu recurso mais valioso, mostrou-se, tanto antes da doença, como um recurso de vulnerabilidade, pelo excesso como foi empregado, como após, pela sua falta :

Após o câncer, a fase mais difícil foi com 4 meses após a radioterapia, fiquei mal, porque fiquei semanas sem trabalhar, não estava sendo útil, tinha feito grande besteira...”.

Esta “besteira” haviam sido extravagâncias físicas não recomendadas para o momento de seu estado de saúde.

Mesmo após a cirurgia, a participante relata fatos que mostram que manteve o “terrorismo” consigo mesma, ou seja, a **falta de limites nos cuidados com seu corpo e sua vida**, que trouxeram repercussões que persistem até hoje:

Saí do hospital em 24 horas... minha irmã lá em casa... bêbada de cair, precisei carregar ela, fazer eu uma comida, por ela na cama, e das 0 às 5 horas toquei tambor na cama dela e cantei... saí do hospital e fui para a montanha em uma semana e dancei três dias e três noites para agradecer e me preparar para a quimioterapia... é uma dança anual, meu compromisso, no

meio do mato, cheia de dreno, fui e deu tudo certo...terminei a radioterapia, na outra semana ganhei ida para os EUA para essas limpezas, com essas mulheres que curaram e limparam, minhas professoras, sobretudo duas, outra grande amiga, que trabalha com fogo, de modo antigo, fiquei dias e dias limpando, voltei ótima, voltei a trabalhar, um mês, aí tinha muitas dores, terríveis... tenho dor 24 horas.

Constatamos que a participante usou, quase até o final da entrevista, palavras superlativas positivas para falar do seu relacionamento com a mãe, na sua infância, de seu casamento, de seu filho, de sua profissão. Aos poucos, entretanto, foi se delineando a idealização e a falta de limites, no convívio com sua mãe (avassalador, implacável), com seu pai (fraco, dependente da mãe, infeliz, alcoólatra), no exercício de sua profissão (trabalhando excessivamente), consigo mesma (24 horas após a cirurgia ficou cuidando de si mesma e da irmã alcoólatra, entre outros fatos, já comentados) e com sua percepção do mundo (sei, vejo... energia, milagres).

Assim, frente às situações estressantes por que viveu, antes do surgimento da doença, a participante procurou negá-las, tanto à entrevistadora, quanto a si mesma, se jogando em uma jornada de trabalho excessiva, fatores que mostraram mecanismos vulneráveis, que persistiram após o diagnóstico do câncer. Aspectos estes intimamente relacionados à constituição e repetição de seus laços de apego primários.

CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho encontrou, nas duas participantes, um modelo de relação de apego, vivido na infância, com seus pais e pessoas mais próximas, como pertencendo à classificação desorganizada / desorientada, modelo este também presente em suas relações de apego adulto.

A participante A mostra, em seus relatos, que repetiu nos relacionamentos atuais, os relacionamentos vividos na infância. Com a participante B, constatamos que suas mesmas fantasias de relacionamentos idealizados na infância, se repetiram na vida adulta.

Em relação às suas histórias de vida, sobretudo no período que antecedeu o diagnóstico do câncer, encontramos, nos relatos da participante A, evidentes situações de estresse, sobretudo vinculadas aos seus relacionamentos afetivos, conflituosos, intensa e prolongadamente. A participante B também relata situações estressantes, mas que não relaciona à doença, como a morte do pai, a morte do marido, jornada de trabalho excessiva, entre outros.

Referindo-nos à Resiliência, verificamos na participante A que relata as situações como a levando ao « desespero » e perda de controle. Assim, suscetível aos estressores, com a presença de processos interativos, somatória de múltiplas causas estressantes. Não observamos o aspecto mais importante, o protetor, que seria uma relação segura com alguém. Mesmo a relação com seu amante (participante A), aparentemente suportiva, mostrou-se idealizada, pelo desenrolar desta.

Na participante B, observamos que, após o estresse da morte do pai e do marido, esta ocorrendo após longo período onde ficou paralisado, a participante teve

uma atuação externa, se sobrecarregando de trabalho, negando o sofrimento, apresentando um luto complicado. Que se acentuou quando, pelas situações decorrentes da doença, se viu privada desse recurso.

Ambas as participantes apresentaram comportamentos de risco, a participante A por meio de esportes radicais, quando revela ausência de medo ao perigo. E a participante B, adotando comportamentos inadequados após a cirurgia, implicando em seqüelas físicas importantes, como a dor contínua.

Este estudo apontou aspectos que merecem destaque. As atenções atuais das pesquisas em câncer de mama têm se dirigido às causas hormonais, genéticas, medicamentosas, cirúrgicas, dietéticas, entre outras, mas tem surgido um novo campo de pesquisa que releva a importância do estresse na doença.

A maior importância do nosso trabalho reside em ressaltar que os laços afetivos que ocorrem no início da vida da pessoa têm uma influência relevante não somente nos estilos de apego que apresentará em relacionamentos futuros pessoais e sociais, mas que também podem interferir em seu desenvolvimento biológico, sobretudo no tocante às respostas ao estresse, com maior vulnerabilidade à doença.

Não somente mulheres com câncer de mama, mas também as pessoas em geral, desenvolvem suas próprias atribuições aos sintomas e à doença, que estão associadas com comportamentos e crenças específicas.

Estes elementos de crenças, seja de onipotência, crendo poder controlar todos os aspectos relacionados à sua saúde ; como de impotência, quando tal não é obtido e também em querer atribuir os acontecimentos de vida ao ambiente, seriam relacionados à formação de seus laços afetivos.

Sensações e sentimentos que observamos em nossas participantes, devido a falhas graves que ocorreram durante o período inicial de suas vidas, têm extrema importância, pois medidas preventivas, profiláticas, educativas, podem evitar que tais falhas iniciais repercutam em um empobrecimento da formação biopsíquica, com dificuldades futuras que persistem em termos de respostas a eventos estressantes, que deveriam mobilizar recursos protetores.

Outro aspecto relevante, se relaciona a medidas terapêuticas, que propiciem, através de uma reconstituição deste cuidado inicial (através da transferência), uma nova constituição do desenvolvimento de um verdadeiro apego seguro. Acreditamos, pela nossa experiência clínica ao longo destes anos, que tal processo pode ser propiciado por uma atuação terapêutica profunda, ou por novas interações de apego com figuras seguras, responsivas e disponíveis ou por um tratamento homeopático igualmente profundo, que também tem como resultado uma conscientização progressiva, assim como mudanças em sua dinâmica de vida, que podem quebrar o ciclo intergenerativo do dano emocional, com suas conseqüências biológicas.

Cada história de apego é única, e cada ordem dos processos relacionados ao apego é tecida através de contextos, memórias e relacionamentos que diferem importantemente de pessoa a pessoa.

A Teoria do Apego tem-se mostrado um amplo, rico e coerente campo de pesquisa, integrando diferentes campos de saber, seja o biológico, o psicológico, o social ou o ontológico, com um grande campo para futuros estudos.

Não podemos esquecer a complexidade que a Oncologia, sobretudo o câncer de mama, reserva: além de um número de tipos de câncer superior a uma centena, alguns apresentam componentes genéticos, e outros não; a severidade do tumor, alguns com progressão extremamente rápida e outros mais insidiosos; a idade, a raça, interferem no prognóstico e evolução da doença; comportamentos de risco, como cigarro, dieta gordurosa; aspectos hormonais, como a exposição a agentes hormonais externos e internos, dependendo da idade da paciente; número de gestações e tempo de aleitamento, entre outros.

Recordando que sobretudo os comportamentos de risco podem estar associados à expressão emocional de dificuldades em enfrentar situações adversas. Da mesma forma, não podemos excluir, conforme já descrevemos, que a severidade e evolução do câncer podem depender de respostas emocionais.

Para que a abrangência das pesquisas seja maior, tais variáveis deveriam ser levadas em conta nas futuras pesquisas, assim como a maioria dos autores sugerem que, ao mesmo tempo que se usem pesquisas que possam ser replicáveis, como as realizadas através de escalas, também se associe o auto-relato das participantes.

O futuro das pesquisas deve residir em estudos da fisiologia das emoções, ou seja, tendo-se o conhecimento da relativa estabilidade dos padrões de expressão emocional, verificados através da constituição dos laços de apego, a questão seria sobretudo a de como tais emoções estariam implicadas na saúde futura. Tais pesquisas devem observar os padrões de relações com os pais, entre casais e, de forma mais ampla, com os outros, socialmente.

Considerando a importância de tais aspectos, sugerimos que intervenções precoces que possam mudar esses padrões de comportamento alterados, sejam

realizadas. Assim como o conhecimento, da parte científica e da parte leiga, da imbricação entre os laços afetivos e a saúde, para que medidas preventivas, educativas, possam ser realizadas.

As descobertas atuais em psico-biologia abrem campos de pesquisas ligando campos de conhecimento, anteriormente relativamente separados.

Incluindo a psicologia cognitiva, a psicofisiologia e a neurociência, enquanto se procura estudar as conexões entre o fenômeno geral do apego e as diferenças individuais e suas formas de expressão. Este nosso trabalho procura focar não somente o apego como um campo ligado a aspectos da experiência relacional e também claramente preditivo da saúde psíquica e da psicopatologia, mas também sua relação com a saúde biológica, ambas intimamente conectadas.

Assim, o apego tem sido considerado um “sistema”, que envolve anatomia, química e diversos padrões de ativação.

Nosso trabalho constatou exatamente isso: as participantes apresentaram condições compatíveis com o estilo de apego inseguro desorganizado - desorientado, devido a situações amedrontadoras, além de inseguras, relacionadas a suas figuras de apego primárias e este padrão operativo interno se repetiu em seus laços afetivos na vida adulta. Suas memórias apresentaram lapsos, estando freqüentemente associadas com idealizações.

Suas dificuldades em estabelecer e manter relações afetivas responsivas e estáveis estiveram presentes mesmo na situação estressante, como quando da presença do câncer, dificultando recursos de enfrentamento, estes também, freqüentemente, irrealis ou idealizados. A observação destes aspectos nos mostra a

importância de constatar e tentar reverter o processo que levaria ao comportamento desorganizado- desorientado.

Nossa pesquisa deve ser continuada, no sentido de verificar se este estilo de apego desorganizado/ desorientado se apresentaria em maior proporção em pacientes portadores de uma patologia maligna, em relação às patologias benignas e a grupos controle, assim como se tal padrão de apego teria alguma correlação específica com o câncer de mama., posto que o número de participantes, nesta nossa pesquisa, foi pequeno, devido ao enfoque ter sido qualitativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AINSWORTH, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B.M.Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol2,pp.67-112). New York :Wiley.
2. AINSWORTH, M.D.S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child. Development.* 40: 969-1025.
3. AINSWORTH, M.D.S. (1972). Attachment and dependency: a comparasion. In J.L.Gewirtz (Ed.), *Attachment and dependency* (pp.97-137)Washington,DC : V.H.Winston.
4. AINSWORTH, M.D.S. , BLEHAR, M.C.; WATERS, E.; WALL,S. (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum
5. AINSWORTH, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist.* 44 (4):709-716.
6. AINSWORTH, M.D.S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes; J. Stevenson-Hinde; P. Marris (Eds). *Attachment across the life cycle.* London & New York: Routledge.
7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. N.B.R. – 6023 (2002): *Informação e documentação – referências e elaboração.* Rio de Janeiro.

8. BAHNSON,C.B.& BAHNSON,M.B. (1966). Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 827-845.
9. BAHNSON, C.B.& KISSEN,D.M. (1966). Psychological aspects of cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125(art.3): 773-1055.
10. BAIDER L., GOLDZWEIG,G. ; EVER-HADANI,P. ; PERETZ T. (2005). Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survive the Holocaust. *Psychooncology*. Dez. 19. (em fase de publicação).
11. BALDWIN, M.K., KEELAN,J.P.R.; FEHR,B.; ENNE,V.; KOHRZANGARAJOO,E. (1996). Social-Cognitive conceptualization of attachment working models: availability and accessibility effects. *Journal of personality and Social Psychology*. 71(1):94-109.
12. BARD,M. (1966). Clues to the psychological management of patients with cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 995-999.
13. BARDIN,L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
14. BARON ,R.M.& KENNY,D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6):1173-1182.

15. BARRACLOUGH, J.; PINDER,P.; CRUDDAS,M.; OSMOND,C.; TAYLOR,I.; PERRY,M. (1992). Life events and breast cancer prognosis. *British Medical Journal*. 304 :1078-1081.
16. BARTHOLOMEW,K.& HOROWITZ, L.M. (1991) Attachment Styles Among Young Adults: A test of a four-category model, *Journal of Personality and Social Psychology*. 61(2):226-244.
17. BARTROP,R.W; LAZARUS, L.; LUCKHURST,E.; KILOH,L.G. (1977). Depressed Lymphocyte function after bereavement. *The Lancet*.,16: 834-836.
18. BAYARD,F.; HAYASHI,K.T., FAULL,K.F.; BARCHAS,J.D.; LEVINE,S. (1990) Influence of maternal proximity on behavioral and physiological responses to separation in infant Rhesus Monkeys (Macac mulatta). *Behavioral Neuroscience*. 104(1):98-107.
19. BEADLE, G.F.; YATE,P.M.; NAGMAN,J.M.; CLAVARINO,A.; THOMSON,D.; WILLIAM,G.; KERNY,L.; ROBERTS,S.; MASON,B.; SCHALECT,D. (2004). Illusions in advanced cancer : the effect of belief system and attitudes on quality of life. *Psychooncology*. 13(1) :26-36.
20. BELSKY,J.& ROVINE,M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: an empirical rapprochement. *Child Developpment*. 58:787-795.
21. BERTHOUD,C.M.E. (1997). Formando e Rompendo Vínculos : a grande aventura da vida. *In Ensaios sobre Formação e Rompimento de Vínculos Afetivos*. C.M.E.Berthoud ; M.H.P.F.Bromberg ; M.R.M.C.Borrego.São Paulo : Cabral Editorial.

22. BESEDOVSKY,H.& SORKIN,e. (1977). Network of immune-neuro-endocrine interactios. *Clin. Exp. Immunol.*27:1-2.
23. BOCCIA, M.L.; LAUDENSLAGER, M.L., REITE,M.L. (1994). Intrinsic and Extrinsic factors affect infant responses to maternal separation. *Psychiatry.* 57:43-50.
24. BOWLBY,J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:1-25.
25. BOWLBY,J. (1969 – 2002) *Attachment and loss: Vol.1. Attachment.* Tradução por Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
26. BOWLBY,J. (1973). *Attachement and loss: Vol.2. Separation.* Tradução por Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes,2002.
27. BOWLBY,J. (1980). *Attachement and loss: Vol.3. Loss.* Tradução por Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
28. BREIER,A.; KELSOE,J.R.; KIRWIN,P.D.; BELLER,S.A.; WOLKOWITZ,O.M.; PICKAR,D. (1988). Early parental loss and development of adult psychopathology. *Arch Gen. Psychiatry.* 45: 987-993.
29. BROADHEAD,W.E.; KAPLAN,B.H.; JAMES,S.A.; WAGNER,E.H.; SCHOENBACH,V.J.; GRINSON,R.; HEYDEN,S.; TIBBLIN,G.; GEHLBACH,S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology.* 117 (5):521-536.

30. BROMBERG,M.H.P.F. (1997). *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas : Editorial Psy. 2a. Ed.
31. BROMBERG,M.H.P.F. (1997). Ser paciente terminal : A despedida anunciada. In : C.M.E.Berghoud. ; M.H.P.F.Bromberg. ; M.R.M.C. Borrego. *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. São Paulo : Cabral Ed.
32. BROWN,F. (1966). The relationship between cancer and personaligy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 865-873.
33. BUDDEBERG,C. ; WOLF,C. ; SIEBER,M. ; RIEHL-ENDE,A. ; BERGART,A. ; STEINER,R. ; LANDOLT-RITTER,C. ; RICHTER,D. (1991). Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *Psychother. Psychosom*. 55 :151-157.
34. BUTLER,S.R.; SUSKIND,M.R.; SCHANBERG,S.M. (1978). Maternal behavior as a regulator of polyamine biosynthesis in brain and heart of the developing rat pup. *Science*. 199:445-446.
35. CAMPOS,S. (1996). *Medicina biomolecular e radicais livres*. São Paulo : Francolor.
36. CASELLATO,G.(2004) *Luto por abandono: enfrentamento e correlação com maternidade*. Doutorado. Psicologia Clínica PUC / SP.
37. CASPI,A.; HARRINGTON,H.; MOFFITT,T.E.; DICKSON,N.; BEGG,D.; LANGLEY,J.; SILVA,P.A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in Young adulthood: evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*.73(5):1052-1063.

38. CASSIDY, J.& SHAVER,P.R. (1999). *Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
39. CHROUSOS,G.P.& GOLD,P.W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*. 267(9):1244-1252.
40. COE,L.C. (1993). Psychosocial factors and Immunity in nonhuman primates: a review. *Psychosomatic Medicine*. 55:298-308.
41. CODDINGTON,R.D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I- a survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*. 16: 7-18.
42. CODDINGTON,R.D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children – II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*. 16: 205-213.
43. COHEN, S.; TYRRELL,D.A.J.; SMITH,A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England Journal of Medicine*. 325: 606-612.
44. COLLINS, N.L.& READ,S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating douples. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(4): 644-663.
45. COLLINS, N.L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71(4):810-832.

46. CRNIC,L.S.& PENNINGTON,B.F. (1987). Developmental Psychology and the Neurosciences: an introduction. *Child Development*. 58: 533-538.
47. CROKENBERG, S.B. (1981) Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*. 52: 857-865.
48. CROOK,T.; RASKIN,A.; ELIOT,J. (1981). Parent-child relationships and Adult Depression. *Child Development*. 52: 950-957.
49. DAVIDSON, R.J.,& FOX N.A. (1989). Frontal brain asymmetry predicts infant's response to maternal separation. *Journal of Abnormal Psychology*. 98: 127-131.
50. DAVIDSON,R.J.; SARON,C.D.; SENULIS,J.A.; EKMAN,P.; FRIESEN,W.V. (1990). Approach-withdrawal and cerebral asymmetry: emotional expression and brain physiology I. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58 (2):330-341.
51. DETHLEFSEN,T. ; DAHLKE,R. (1983). *A doença como caminho*. São Paulo :Cultrix.
52. DETTLING,A.C.; PARKER,S.W.; LANE,S.; SEBANC,A.; GUNNAR,M.R. (2000). Quality of care and temperament determine changes in cortisol concentrations over the day for young children in childcare. *Psychoneuroendocrinology*. 25: 819-836.
53. DUBOW,E.F.; HUESMANN,L.R.; ERON,L.D. (1987). Childhood correlates of adult ego development. *Child Development*. 58: 859-869.

54. EDWARDS,B. ; CLARKE,V. (2005). The validity of the family relationships index as a screening tool for psychological risk in families of cancer patients. *Psychooncology*.14 (7) :546-54.
55. ELL,K.; NISHIMOTO,R.; MEDIANSKY,L.; MANTELL,J.; HAMOVITCH,M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 36(6): 531-541.
56. FABES, R.A.& EISENBERG,N. (1997). Regulatory control and adult's stress-related responses to daily life-events. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73(5): 1107-1117.
57. FALLER,H. ; SCHILLING S. ; LANG H. (1995). Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. *J. Psychosom. Res.* 39 :619-627.
58. FAWZY,F.E. ; FAWZY,N.W. ; HYOJN,C.S. ; ELASHOFF,R. ; GUTHRIE,D. ; FAHEY,J.L. ; MORTON,D.K. ; (1993). Malignant Melanoma. Effects of an early structured psychotherapy interventions, coping and affective style on recurrence and survival 6 years later. *Arch. Gen. Psychiatry* 50 :681-689.
59. FAWZY,F.E.; FAWZY,N.W.; ARNDT,L.; PASNAU,R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch. Gen. Psychiatry*.52:100-113.
60. FEENEY,J.A., NOLLER,P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(2):281-291.

61. FLOETER, M.K.; GREENOUGH,W.T. (1979). Cerebellar plasticity: modification of Purkinje cell structure by differential rearing in monkeys. *Science*. 206: 227-229.
62. FORBAIR P. ; STEWART S.L. ; CHANG S. ; D'ONOFRIO C. ; BANKS P.J. ; BLOOM J.R. (2005). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, nov.15 (unpublished)
63. FRALEY,R.C.&SHAVER,P.R. (1999). Loss and bereavement: Attachment Theory and Recent Controversies concerning “grief work” and the nature of detachment. In J. Cassidy and P.R. Shaver. *Handbook of Attachment*. New York London: Guilford Press.
64. FRANEY,R.C.& SHAVER,P.R. (1997) Adult Attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73(5):1080-1091.
65. FREUD,S. (1969). *A interpretação dos sonhos*. In : Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro : Imago, 1974.
66. FRIEDMAN,H.S.& BOOTH-KEWLEY,S. (1987). The “disease-prone personality”- a meat-analytic view of the construct. *American Psychologist*. 42(6):539-555.
67. GALANTE-NASSIF,M.R. (2000). *Qualidade de vida e sobrevida em pacientes com câncer, sob tratamento homeopático*. Tese de mestrado em Psicologia Clínica, pela PUC de São Paulo.

68. GALANTE-NASSIF, M.R. (2001). *Qualidade e vida e sobrevida em pacientes com câncer de pulmão, durante quimioterapia. Comparação entre grupo controle e sob tratamento homeopático*. Monografia de conclusão do Curso de Psico-Oncologia no Inst. Sedes Sapientae.
69. GARMEZY,N.; MASTEN,A.S.; TELLEGEN,A. (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*. 55:97-111.
70. GEORGE,C.&SALOMON,(1989) J. Internal working of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, (10):223-237.
71. GEORGE, C.; KAPLAN,N.; MAIN,M. (1996). *Adult Attachment. Interview protocol*. Unpublished manuscript. University of California at Perkeley.
72. GIMENES, MGG. (1994) Definição, foco de estudo e intervenção. *In Introdução à Psiconcologia*. M.M.M.J. de Carvalho (Coord.). Campinas : Editorial Psy..
73. GOLD,P.W. ; GOODWIN,F.K. ; CHROUSOS,G.P. (1988 A). Clinical and biochemical manifestations of depression. *The New England Journal of Medicine*. 319 (6) :348-353.
74. GOLD,P.W. ; GOODWIN,F.K. ; CHROUSOS,G.P. (1988 B). Clinical and biochemical manifestations of depression. *The New England Journal of Medicine*. 319(7) 413-420.

75. GOLDBERG,S.; SIMMONS,R.J.; NEWMAN,J.; CAMPBELL,K.; FOWLER,R.S. (1991). Congenital heart disease, parental stress, and infant-mother relationships. *Behavioral Pediatrics*. 119:661-666.
76. GOODWIN,J.S.; HUNT,W.C.; KEY,C.R.; SAMET,J.M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA*. 248(2)1:3125-3130.
77. GRANDESSO, M.A.(2000) *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
78. GREENE, W.A. (1966). The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 794-801.
79. GREENE W.A.JR.& MILLER,F. (1958). Psychological factors and reticuloendothelial disease. IV Observations on a group of children and adolescents with leukemias: an interpretation of disease development in terms of mother-child unit. *Psychosom. Med.* 10:124-144.
80. GREENOUGH,W.T. ;BLACK,J.E. ;WALLACE,C.S. (1987). Experience and brain development. *Child Development*. 58 :539-559.
81. GREER,S. & MORRIS,T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer : a controlled study. *J. Psychosom. Med.* 19 :147-154.
82. GREER,S. ; MORRIS,T. ; PETTINGALE,K.M. (1979). Psychological responses to breast cancer : effect on outcome. *Lancet*. 2 : 785-787.

83. GRIFFIN,D. & BARTHOLOMEW,K. (1994). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3): 430-445.
84. GRINKER, R.R. (1966). Psychosomatic aspects of the cancer problem.*Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 876-882.
85. GROSS,J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Soc. Sci. Med.* 29(12) :1239-1248.
86. GROSSARTH-MATICEK,R. (1980). Psychosocial Predictors of cancer and internal diseases. *Psychother. Psychosom.* 33:122-128.
87. GUNNAR,M.R. (1987). Psychobiological studies of stress and coping: an introduction. *Child Development*. 58:1403-1407.
88. HAGNELL,O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 846-855.
89. HARCOURT,D. ; RUMSEY,N. (2004). Mastectomy patients' decision-making for or against immediate breast reconstruction. *Psychooncology*. 13(2) :106-15.
90. HAYASHI,T.T.& MACFARLANE,K. (1973). Changes in the incorporation of different RNA precursors into the maternal liver during pregnancy. *Nature*. 246: 94-96.
91. HAZAN,C.& SHAVER,P.(1987) Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52: 511-524.

92. HAZAN,C. & SHAVER, P.R. (1990). Love and Work: An Attachment-Theoretical Perspective, *Journal of Personality and Social Psychology*. 59:270-280.
93. HAZAN,C. & ZEIFMAN,D. (1999). Pair bonds as Attachments: Evaluating the Evidence. In J.Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment*. New York London: The Guilford Press.
94. HEIM,D.& NEMEROFF,C.B. (1999). The impact of early adverse experiences on Brain Systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol. Psychiatr.* 46: 1509-1522.
95. HELL,J.A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*.85:845-857.
96. HERTSGAARD,L. ; GUNNAR,M. ; ERICKSON,M.F. ; NACHMIAS,M. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with Disorganized/ disoriented attachment relationships. *Child Development*. 66 :1100-1106.
97. HINDE,R.A.& SPENCER-BOOTH,Y. (1971). Effects of brief separation from mother on Rhesus Monkeys. *Science*. 173: 111-118.
98. HOFER,M.A. (1987). Early social relationships: a psychobiologist's view. *Child Development*. 58: 633-647.
99. HOLMES, T.H.& RAHE, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*.11: 213-218.

100. INCA; IBGE. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde, <http://www.inca.org.br>, outubro 2005.
101. INCA ; IBGE. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Estimativa 2006. Incidência de Câncer no Brasil. 2006.
102. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2004 e 2005; <http://www.ibge.org.br>. outubro 2005.
103. IRWIN,M.; DANIELS,M.; BLOOM,E.T.; SMITH,T.L. WEINER,H. (1987) Life events, Depressive Symptoms, and Immune Function. *Am. J. Psychiatry*. 144:437-441.
104. JACOBS, T.J.& CHARLES, E. (1980). Life Events and the occurrence of cancer in children. *Psychosomatic Medicine*. 42(1): 11-23.
105. JANSEN, M.A.& MUENZ,L.R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 28(1): 35-42.
106. KAGAN,J., REZNICK,J.S.; SNIDMAN,N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*. 58: 1459-1473.
107. KAGAN,J.& SNIDMAN,N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*. 46:856-862.
108. KAGAWA-SINGER,M. & WELLISCH D.K. Breast cancer patients' perceptions of their husband' support in a cross- cultural context. *Psychooncology* ;12(1) :24-37.

109. KANG,D.; DAVIDSON,R.J.; COE,C.L.; WHEELER,R.E.; TOMARKEN,A.J.; ERSHLER,W.B. (1991). Frontal brain asymmetry and immune function. *Behavioral Neuroscience*. 105(6): 860-869.
110. KIECOLT-GLASER,J.K.; GARNER,W.; SPEICHER,C.; PENN,G.M.; HOLLIDAY,J.; GLASER,R. (1984). Psychosocial Modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*. 46 (1): 7-14.
111. KIECOLT-GLASER,J.K.; FISHER,L.D.; OGROCKI,P.; STOUT, J.C.; SPEICHER,C.D.; GLASER,R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine*. 49(1): 13-23.
112. KIECOLT-GLASER, J.K.; KENNEDY,S.; MALKOFF,S.; FISHER,L.; SPEICHER,C.E.; GLASER,R. (1988). Marital discord and immunity in males. *Psychosomatic Medicine*. 51:213-229.
113. KNEIR,A.W.& TEMOSHOK,L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 28(2): 145-155.
114. KIRKPATRICK,L.A.& DAVIS,K.E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66(3):502-512.
115. KIVIMÄKI, M.; FELDT,T.; VAHTERA,J.; NURMI,J. (2000) Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*. 50: 583-597.

116. KOBAK, R.R.& SCEERY,A. (1988) Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 59: 135-146.
117. KOBAK,R.R.& HAZAN,C. (1991). Attachment in Marriage: effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*. 60: 861-869.
118. KOBAK,R.R.; COLE,H.E.; FERENZ-GILLIES,R.; FLEMING,W.S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: a control theory analysis. *Child Development*. 64:231-245.
119. KOBAK,R. (1999).The emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment*. New York London: The Guilford Press.
120. KOTLER,T.; BUZWELL,S.; ROMEO,Y.; BOWLAND,J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*. 67: 237-245.
121. KOVÁCS, M.J. (1996). A morte em vida. In : M.H.P.F. Bromberg ; M.J.Kovács, M.M.M.J. Carvalho. *Vida e Morte : Laços da Existência*. São Paulo : Casa do Psicólogo.
122. KOVÁCS,M.J.(1996). A Morte em Vida. In *Vida e Morte : Laços da Existência*. M.H.P.Franco, M.J.Kovács, M.M.M.J.Carvalho ; V.A.Carvalho.São Paulo : Casa do Psicólogo.

123. KRAEMER,G.W.; EBERT,M.H.; LAKE,C.R.; MCKINNEY,W.T. (1984). Hypersensitivity to d- amphetamine several years after ealy social deprivation in rhesus monkeys. *Psychopharmacology*. 82: 266-271.
124. KRUEGER, R.A.(1998) *Analysing & reporting Focus Group results*. Kit 6, Sage Publications.
125. KVALE,S. (1996). *Interviews – Introduction to Qualitative Research Interviewing*. New Delhi : Sage Publications.
126. LABARBA,R.C.& WHITE,J.L. (1971). Maternal deprivation and the response to Ehrlich Carcinoma in BALB/c mice. *Psychol. Med.* 33: 458-460.
127. LABARBA,R.C.; LAZAR,J.M.; WHITE,J.L. (1972). The effects of maternal separation, isolation and sex on the response to Ehrlich Carcinoma in BALB/c mice. *Psychosomatic Medicine*. 34(6): 557-559.
128. LAUDENSLAGER,M.L.; REITE,M.; HARBECK,R.J. (1982). Suppressed Immune response in infant monkeys associated with maternal separation. *Behavioral and Neural Biology*. 36: 40-48.
129. LAUDENSLAGER,M.; CAPITANIO,J.P.; REITE,M. (1985). Possible effects of early separation experiences on subsequent immune function in adult Macaca monkeys. *Am. J. Psychiatry*. 142(7): 862-864.
130. LAZARUS,R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol.* 44: 1-21.
131. LESHAN, L. (1966). An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 125: 780-793.

132. LEVINE,S. (1957). Infantile experience and resistance to Physiological stress. *Science*. 125: 405.
133. LIU,D.; DIORIO,J.; TANNENBAUM,B.; CALDJI,C.; FRANCIS,D.; FREEDMAN,A.; SHARMA,S.; PEARSON,D.; PLOTSKY,P.M.; MEANEY,M.J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*. 277:1659-1662.
134. LOEVINGER,J. (1985). Revision of the sentence completion test for ego development. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48(2): 420-427.
135. LUECKEN,L.J. (1998). Childhood attachment and loss experiences affect adult cardiovascular and cortisol function. *Psychosomatic Medicine*. 60: 765-772.
136. LUTHAR,S.S. (1991). Vulnerability and Resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*. 62: 600-616.
137. LYONS-RUTH,K. ; JACOBVITZ,D. (1999). Attachment disorganization : unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In : *Handbook of Attachment : theory, research, and clinical applications*. J. Cassidy & P.R. Shaver New York, London : The Guilford Press.
138. MAGUIRE,P. (2002). Improving the recognition of cancers and affective disorders in cancer patients. *Ann. Oncol* ; 13(4) :177-81.
139. MAIN,M. (1999). Epilogue. Attachment Theory : eighteen points with suggestions for future studies. In : *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications*. J. Cassidy & P.R.Shaver. New York, London : The Guilford Press.

140. MAIN,M.& SOLOMON,J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *In* J. Cassidy&Shaver,P.R.(Eds.). *Handbook of Attachment*. New York London: The Guilford Press.
141. MAIN,M.& WESTON,D.R. (1981). The quality of the Todder's relationship to mother and to father: related to conflict behavior and the readiness to establish new relationship. *Child Development*. 52: 932-940.
142. MAIN, M.; KAPLAN,N.; CASSIDY,J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in *Child Development*. 50: 66-104.
143. MAIN,M.& HESSE,E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status : Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism ? *In The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships*, R. Kobak. *Handbook of Attachment* (1999). New york, London : The Guilford Press.
144. MANNE,S.L. ; OSTROFF,J.S. ; NORTON,T.R. ; FOX,K. ;GOLDSTEIN,L. ; GRANA,G. (2005) Cancer related relationship communication in couples coping with erly stage breast cancer. *Psychooncology*, 2005 (unpublished).
145. MASON,J.W. (1968). A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenalcortical system. *Psychosomatic Medicine*. 30: 576-608.
146. MAUNDER,R.G.& HUNTER,J.J. (2001) *Attachment and Psychosomatic Medicine: developmental contributions to stress and disease*. *Psychosomatic Medicine*. 63:556-567.

147. MICKELSON,K.D.; SHAVER,P.R.; KESSLER,R.C. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73(5):1092-1106.
148. MCEWEN, B.S. ; GOULD,E.A. ; SAKAI,R.R. (1992). The vulnerability of the hippocampus to protective and destructive effects of glucocorticoids in relation to stress. *British Journal of Psychiatry*. 160 :18-24.
149. MIKULINCER,M., FLORIAN,V.; TOLMACZ,R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: a case study of affect regulation. *Journal of Personality an Social Psychology*. 58(2): 273-280.
150. MINAYO, M.C. (1992) *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco.
151. MORRIS,T. (1979). Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer Treatment Review*. 6 :41-61.
152. MORRIS,T. ; GREER,S. ; PETTINGALE,K.W. ; WATSON,M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 25(2) :111-117.
153. MRAZAK,D.A. ; CASEY,B. ; ANDERSONI. (1987). Insecure attachment in severely asthmatic preschool children : is it a risk factor ? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 26 :516-20.
154. MUSLIN,N.L. ; GYARFAS,K. ; PIEPER,W.J. (1966). Separation experience and cancer of the breast. *Ann. N.Y. Acad. Sci*. 125 :802.

155. NACHMIAS,M.; GUNNAR,M.; MANGELSDORF,S.; PARRITZ,R.H.; BUSS,K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *Child Development*. 67: 508-522.
156. NEALE,A.V. ; TILLEY.,B.C. ; VERNON,S.W. (1986). Marital status, delay in seeking treatment and survival from breast cancer. *Soc. Sci. & Med.* 23 :305-312.
157. NOAM,G.G.; HAUSER,S.T.; SANTOSTEFANO,S.; GARRISON,W; JACOBSON,A.M.; POWERS, S.I.; MEAD,M. (1984). Ego development and Psychopathology: a study of hospitalized adolescents. *Child Development*. 55: 184-194.
158. NORTHOUSE, L.L.; TEMPLIN,T.; MOOD,D.; OBERST,M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-oncology*. 7: 37-48.
159. NOTARIUS,C.I; WEMPLE,C.; INGRAHAM,L.J.; BURNS,T.J.; KOLLAR,E. (1982). Multichannel responses to an interpersonal stressor: interrelationships among facial display, heart rate, self-report of emotion, and threat appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43(2): 400-408.
160. OSBORNE,R.H. ; SALIA. ; AARONSON,N.K. ; ELSWORTH,G.R. ; MDZEWSKI,B. ; SINCLAIR,A.J. ; (2004). Immune function and adjustment style : do they predict survival in breast cancer ? *Psychooncology*. 13(3) :199-210.
161. OWENS,G., CROWELL,J., PAN,H., TREBOUX,D., O'CONNOR,E., WATERS,E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment

working models : adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3, serial no.244), 216-233).

162. PARKES C.M.& BROWN R.J. (1972). Health after bereavement – a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom. Med.* 34: 449-461.
163. PARKES,C.M.; STEVENSON-HINDE,J.; MARRIS,P. (1991). *Attachment across the life cycle*. London New York: Routledge.
164. PATHAK D.R. ; OSUCH J.R. ; HE J. (2000). Breast carcinoma etiology : current knowledge and new insights into the effects of reproductive and hormonal risk factors in black and white populations. *Cancer*. 88(5) : 1230-8.
165. PETTINGALE, K.M.; GREER,S.; TEE, D.E. (1977). Serum IgA and emotional expression in breast cancer patients. *J. Psychosomatics Res.* 15: 337-342.
166. PETTINGALE,K.W. (1984). Coping and cancer prognosis. *J. Psychosom. Res.* 28 :363-364.
167. PETTINGALE,K.;WATSON,G.; GREER. (1985). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2:21-30.
168. PIETROMONACO,P.R.& BARRETT,L.F. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology.* 739(6): 1409-1423.
169. POPPIUS,E.; TENKANEN,L.; KALIMO,R; HEINSALMI,P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science and Medicine.* 49: 109-120.

170. PRIESTMAN,T.J. ; PRIESTMAN,S.G. ; BRADSHAW,C. (1985). Stress and breast cancer. *Br. J. Cancer.* 51 :493-498.
171. PLUMB,M.M.& HOLLAND,J. (1976). Comparative studies os psychological function in patients with advanced cancer – I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine.* 39(4): 264-275.
172. RAHE,R.H., MEYER,M.; SMITH,M.; KJAER,G.; HOLMES,T.H. (1964) Social Stress and Illness Onset. *Journal of Psychosomatic Research.* 8: 35-44.
173. RAMIREZ,A.J. ; CRAIG,T.K.J. ; WATSON,J.P. ; FENTIMAN,J.S. ; NORTH,W.R.S. ; RUBENS,R.D. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Med. Journal.* 298 :291-293.
174. REY, G.(2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios.* Tradução por Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Thomson Pioneira.
175. REZENDE, W.W.; ALDRIGHI, ; ZUGAIB,M C.M.S.; DIFAVERO, G.M.. (2005) Câncer de mama associado à gravidez: Revisão de literatura. *Femina.* 33(6): 435-442.
176. RICCI, M.D.; GIRIBELA,A.H.G.; PIATO,J.R.M.; FILASSI,J.R.; MELO, N.R.; BARROS,A.C.S.D.; PINOTTI,J.A. (2005). Análise da susceptibilidade genética e risco hereditário do câncer de mama. *Femina.* 33(3): 179-184.
177. RICHARDSON,J.L.; SHELTON,D.R.; KRAILO,M.; LEVINE,A.M. (1990). The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *Journal of Clinical Oncology.* 8(2): 356-364.

178. ROGERS,M.P.; DUBEY,D.; REICH,P. (1979). The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: a critical review. *Psychosomatic Medicine*. 41(2): 147-164.
179. RUTTER, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 147: 598-611.
180. RUTTER,M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Amer. J. Orthopsychiat*. 57(3): 316-331.
181. SANTOS, L.C. *Adoção: da maternidade à maternagem – uma crítica ao mito do amor materno*. Serviço Social e Sociedade: Temas Contemporâneos, São Paulo: Cortez Edit. No.57, ano XIX, julho 1998.
182. SANTOS, S.R.B. *O amor em movimento: casamento e mudança no apego*. 2000. Mestrado. Psicologia Clínica PUC / SP.
183. SCHAFFER,H.R. & EMERSON,P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monogr. Soc. Res. Child. Dev.* 29(3):1-77.
184. SCHMALE,A.H. ; IKER,H. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Soc. Sci. & Med.* 5 :95-100.
185. SELIGMAN, ME. (1975). *Helplessness : on Depression, Development and Death*. Freeman : San Francisco.
186. SHOU,J. ; EKEBERG,O. ; RULAND,C.M. ; SANDVIK,L. ; KARESEN,S. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology*.13(5) :309-20.

187. SELYE, H. (1936). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *Br. J. Exp. Pathol.* 17:234-248.
188. SELYE, H. (1955). Stress and disease. *Science.* 122:625-631.
189. SERVAES, P.; VINGERHOETS, A.; VREUDENHIL, G.; KEUNING, J.; BROEKHUIJSEN, A.M. (1996). Breast cancer and nonexpression of emotions. *Psychosomatic Medicine.* 58: 59-97.
190. SHANDS, H.C. (1966). The informational impact of cancer on the structure of the human personality. *Annals of New York Academy of Sciences.* 125: 883-889.
191. SHAVER, P.R. & MIKULINER, M. (2002). Dialogue on adult attachment : diversity and integration. *Attachment & Human Development.* 4(2) :243-257.
192. SCHMALE, A. & IKER, H. (1966). The psychological setting of uterine cervical cancer. *Annals of the New York Academy Sciences.* 125: 807-813.
193. SHEKELLE, R.B.; RAYNOR, W.J.; OSTFELD, A.M.; GARRON, D.C.; BIELIAUSKAS, L.A.; LIU, S.C.; MALIZA, C.; PAUL, O. (1981). Psychological depression and 17- year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine.* 43(2): 117-125.
194. SIMON, R. (1986). *Introdução à psicanálise : Melanie Klein.* São Paulo : Editora Pedagógica e Universitária. In : C.R. Rappaport (coord.). Temas básicos de Psicologia. Vo.17
195. SIMPSON, J.A.; RHOLES, W.S.; NELLIGAN, J.S. (1992) Support Seeking and Support Giving within couples in an anxiety- provoking situation: the role of

- attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62(3):434-446.
196. SIMPSON, J.A.; RHOLES, W.S.; PHILLIPS,D. (1996). Conflict in Close Relationships: An Attachment Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71(5):899-914.
197. SKLAR,L.S.& ANISMAN,H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*. 205: 513-515.
198. SOLOMON,G. Psychoneuroimmunology : interactions between central nervous system and immune system. *J. Neurosci. Res*. 18 :1-9.
199. SONTAG,S. (1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro : Edições Graal.
200. SPANGLER G. ; GROSSMANN,K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*. 64 :1439-1450.
201. SPIEGEL,D.; KRAEMER,H.C.; BLOOM, J.R.; GOTTHEIL,E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*. 14:888-891.
202. SPIROCH,C.R. ; WALSH,D. ; MAZANEC,P. NELSON,K.A. (2000). Ask the patient : semi-structured interview study of quality of life in advanced cancer. *Am. J. Hosp. Palliat Care* ; 17(4) :235-40.
203. SROUFE,L.A& WATERS,E. (1997). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48:1184-1199.

204. SROUFE, L.A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*. 56:1-14.
205. STARKMAN,M.N.; SCHTEINGART,D.E.; SCHORK, M.A. (1981). Depressed Mood and other psychiatric manifestations of Cushing's Syndrome: relationship to hormone levels. *Psychosomatic Medicine*. 43(1): 3-18.
206. STEIN,M.; MILLER,A.H.. TRESTNAM,R.L. (1991). Depression, the Immune System, and health and illness. *Arch. Gen. Psychiatry*. 48:171-177.
207. STEWART,D.E. ; CHEUNG,A.M. ; WONG,F. ; DUFF,S. ; MAQUESTION,M. ; CHENG T. ; PURDY L. ; BUNSTON,T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology* 10 :179-183..
208. STROEBE, W., STROEBE,M.; ABAKOUMKIN,G.; SCHUT,H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 70(6):1241-1249.
209. TACON,A.M. (2002). Attachment and Cancer: a conceptual integration. *Integrative Cancer Therapies*. 1(4): 371-381.
210. TIDWELL,M.C.O.; SHAVER,P.R.; REIS,H.T. (1996). Attachment, Attractiveness, and social interaction: a diary study. *Journal of Personality and social Psychology*. 71(4): 729-745.
211. TRINIÑOS,A.N.S. (1987)*Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas.

212. TOMARKEN,A.J. ;DAVIDSON,R.J. ; HENRIQUES,J.B. (1989). Frontal brain asymmetry predicts affective responses to films. Manuscript submitted for publication. In R.J.Davidson et col.1990, *Journal of Personnality and Social Psychology*. 58(2) :330-341.
213. UCHINO, B.N.; CACIOPPO, J.T.; KIECOLT-GLASER, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*. 119: 488-53.
214. UCKO, L.E. (1965). A comparative study of asphyxiated and non-asphyxiated boys from birth to five years. *Develop. Med. Child Neurol*. 7:643-657.
215. VAILLANT,G.E.& VAILLANT,C.O. (1990). Natural history of male psychological health, XII: a 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am. J. Psychiatry*. 147(1): 31-37.
216. VIEDERMAN,M. (1988). A developmental- psychodynamic model for diabetic control. *General Hospital Psychiatry*. 10:34-40.
217. VISINTAINER, M.A; VOLPICELLI,J.; SELIGMAN, M.E.P. (1982). Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science*. 216:437-439.
218. WAXENBERG,S.E. (1966). The importance of the communication of feelings about cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125:1000-1005.
219. WATSON,M.; PETTINGALE,K.N.; GREER,S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychossomatic Research*. 28(6): 467-474.

220. WATSON,M., GREER,S.; INAYAT,Q.; YOUNG,J.; BURGESS,C.; ROBERTSON,B. (1988) Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. 18:203-209.
221. WIENER,S.G., BAYARD,F., FAULL,K.F., LEVINE,S. (1990). Behavioral and physiological responses to maternal separation in squirrel monkeys (*Saimiri sciureus*). *Behavioral Neuroscience*. 104(1) : 108-115.
222. WINNICOTT,D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre : Artmed Editora Ltda.
223. ZABORA,J. ; BRINTZENHOFESZOC,K. ; CURBOW,B. ; HOOKER,C. ; PIANTADOSI,S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*. 10 :19-28.

ANEXOS

ANEXO 1

São Paulo, outubro de 2005.

Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____ RG _____

_____ tenho conhecimento de que estou participando de uma pesquisa científica sobre experiências na infância e na vida adulta e o câncer, que está sendo desenvolvida pela médica e pesquisadora Maria Regina Galante- Nassif, dentro do Programa de Pós-Graduação na PUC /SP, no Núcleo de Família e Comunidade – Programa de Psicologia Clínica, sob a orientação da Dra. Prof. Maria Helena Pereira Franco como exigência parcial para obtenção do título de Doutora.

Concordo que as entrevistas sejam anotadas e que este material seja utilizado somente para este fim, sob a total responsabilidade da pesquisadora, seguindo os preceitos éticos, que me informou que a participação será absolutamente sigilosa, não constando meu nome ou qualquer outro dado que possa identificar-me no relatório final ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa.

Tenho conhecimento que participarei de entrevistas que terão como temas: experiências na infância, na vida adulta, situações estressantes e o câncer.

Fico ciente que, pela natureza da pesquisa, minha participação tem garantido o máximo de benefícios e o mínimo de danos que a situação de ser entrevistada e o conteúdo a ser abordado nas entrevistas possa mobilizar.

Fica-me garantido o retorno do benefício obtido por meio da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos e aos resultados da pesquisa.

Fica-me garantido que todas as condições éticas que regulamentam a atuação em pesquisa científica e que são exigidas pela Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde, serão cumpridas pela

pesquisadora na condução das entrevistas, na análise e no arquivamento e publicação deste material.

Fica aqui estabelecido que, a partir do momento em que comunicar à pesquisadora que não me interessar mais em participar da pesquisa, esta autorização será anulada pela mesma e todo o material coletado até a ocasião será destruído. A seguir, tomo conhecimento das informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação necessária, poderá ser fornecida a qualquer momento.

.Tema da Pesquisa :.Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama.

.Objetivo: Considerando que o câncer é uma doença complexa, que envolve não somente o comprometimento físico, mas também a parte emocional, e social, e dentro desta visão de que o indivíduo sofre as influências de todos estes aspectos, pretende-se compreender o significado das experiências de vida precoces, na infância, na vida adulta e sua importância neste momento, com a doença, e a resposta a situações estressantes.

.Procedimento: Serão realizadas entrevistas e os dados serão analisados qualitativamente.

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, autorizo, nesta pesquisa, o uso dos dados por mim fornecidos.

Assinatura.

Data :

Dados da pesquisadora responsável

Maria Regina Galante- Nassif

CRM no. 28.906

End: R. Dr. Nicolau de Souza Queiroz, 297, ap. 54. Vila Mariana. São Paulo, Capital.

Tel.: (011) 5573-4621. Celular: 73175757.

Consultório: R. Vergueiro, 1905. Tel: 5575-4044.

ANEXO 2

Termo de consentimento de utilização de dados.

Título do trabalho : Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama.

O propósito deste trabalho é investigar as relações existentes entre o apego infantil, o apego adulto e a resposta ao estresse em pacientes com câncer de mama, através de um levantamento de casos em pacientes com câncer de mama, encaminhadas por profissionais Oncologistas do relacionamento da pesquisadora.

Comprometemo-nos em manter em sigilo as informações obtidas através destas entrevistas, garantindo a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Garantimos os benefícios obtidos através desta pesquisa, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, garantindo os benefícios sem que haja malefícios.

Será seguido um roteiro geral de entrevista, complementado com uma entrevista mais abrangente, que procure esclarecer os dados obtidos.

Assinatura da participante.

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA :

Dados de Identificação

-Nome

-Idade

-Endereço

-Profissão

-Estado civil

-Se casada, nome, idade e profissão do marido

-Tempo de casamento

-Filhos, idade.

Etapa 1- Comportamento de apego.

O roteiro a ser seguido, na entrevista semi-dirigida, abordará:

- 1) Experiência geral da participante com seus familiares, na infância.
- 2) Qualidade do relacionamento com a mãe, começando pelas lembranças mais antigas.
- 3) Denomine 5 adjetivos que caracterizem sua mãe, e justifique-os.
- 4) Qualidade do relacionamento com o pai, também começando pelas lembranças mais antigas
- 5) Denomine 5 adjetivos que caracterizem sua mãe, e justifique-os.
- 6) Reações à separação dos pais e outras perdas.
- 7) Quais experiências mais a influenciaram e porque. Se vivenciou alguma situação traumática ou de rejeição.

8) Como se sente em seus relacionamentos agora, na vida adulta. Se e de que forma o relacionamento com seus pais influenciaram sua personalidade e seus relacionamentos atuais.

8) Qualidade da relação atual.

9) Sua relação com seus filhos

Etapa 2 – Estresse.

Gostaria que você apontasse quais destas situações aconteceram com você nos dois últimos anos:

- Morte de cônjuge, dos pais, de um filho ou pessoa muito querida.
- Doença ou acidente pessoais ou com familiares.
- Separação do cônjuge ou de filhos.
- Problemas com a justiça
- Problemas no trabalho : demissão, mudança de posição, conflitos.
- Dificuldades conjugais, brigas, dificuldades sexuais.
- Dificuldades econômicas, dívidas.
- Mudanças em hábitos alimentares, do sono, de condições pessoais (peso, atividade física, hábitos gerais)
- Mudanças em hábitos sociais, religiosos, recreativos.

Etapa 3- Resiliência e Suscetibilidade

- Como seus pais reagiam em situações suas críticas ? Como você se sentia ? Quais suas reações ?
- Como se sentiu antes, durante e após o câncer ? Como suas experiências infantis influenciaram nessa situação atual ?
- Visão de si.
- Visão dos outros.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Eu, Maria Regina Galante-Nassif, RG no. 5.416.711, CPF no. 791653038-49, residente à Rua Dr. Nicolau de Souza Queiroz, no. 297, ap. 54. Vila Mariana, Estado de São Paulo. Capital. Cep 04105-001, declaro conhecer a Resolução MS/CNS no. 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos, e comprometo-me a seguir todas as suas normas e orientações, assim como a dar conhecimento delas e exigir co-responsabilidade de todos os outros participantes do estudo, no seu cumprimento.

São Paulo, 18 de outubro de 2005.

Assinatura.

ANEXO 4- RELATO DE CASOS

IA- PARTICIPANTE A.

Transcrição da entrevista :

Nasci em uma família muito machista, pai, mãe, irmão mais velho. Ele tinha tudo na casa, ele era o rei da casa, com os melhores brinquedos no Natal, eu ficava com tudo que já tinha sido dele, que já tinha usado e depois vinha para mim.

Eu estudei muito, era das melhores da classe, mas em casa nunca era valorizada. Sentia um problema de auto-estima tremendo, nada que eu fazia era bom.

Sempre tive idéias de liberdade, feminismo, pelo pai ser muito machista, que filha dele nunca ia dirigir carro, trabalhar, morar sozinha era coisa de prostituta. Ele é muito simples, hoje entendo, mas na época não. Podia ser algo desmotivador, mas me impulsionou procurar coisas com determinação. Se alguém diz que não posso dirigir, vou dirigir. Se não posso por mini-saia, ponho e não tiro.

Morava em Bauru, cidade pequena. Meu pai era uma pessoa muito simples, motorista de caminhão, tinha somente até o quarto ano primário, minha mãe era dona de casa, também só com o quarto ano primário, ela quase ficou gerente de um escritório, mas ele obrigou ela a não trabalhar mais. Saiu do trabalho, não dirigia, ela foi o que eu não queria ser na vida: uma fraca, com possibilidades tremendas, mas aceitando tudo. Algumas coisas aceitava pacificamente, outras deixava para lá, tem um temperamento forte, mas se subestima, eu não entendia.

Eu era muito criança, eles discutiam, ela chorando, eu perguntava porque, ela dizia: porque teu pai isso, aí eu falei: porque você se submete. Ela falou: quando você casar, vai ver. Falei que ia provar que não precisava agir assim.

Terminando o colegial, comprei um jornal, arranjei um emprego, fiquei sentada na mesa esperando meu pai chegar do trabalho, tirei a carteira de trabalho e pus na mesa e falei: começo a trabalhar amanhã. Vou fazer faculdade. Aí ele falou: você tem dinheiro, você não precisa. Mas quero, e quando tiver dinheiro, tiro carta. Foi um redemoinho em casa.

Meus pais eram machistas e negligentes. Com 9 anos, nunca esqueço, tinha que ser serviçal do irmão, dois anos mais velho, tinha que arrumar o quarto dele, eu arrumando, ele com uma bola embaixo do braço me falou: isso mesmo, escrava, trabalha enquanto me divertir. Aí falei: posso morrer de apanhar, mas nunca mais arrumo uma coisa tua. Aí falei para a mãe: não vou arrumar, se quiser, bate.

Aí tive um marido muito machista, o primeiro presente dele foi um biquíni muito sensual. Fiquei 11 anos casada, ele cuidava mais. Ganchos. Minha ex-sogra dizia que ele falava que não sabia se ia casar, mas ia ter filhos. Sou 8 anos mais nova e ele me tratava como uma filha. Cuidava de mim, me dava tudo, um amigão, falava tudo que tinha acontecido na minha vida, o pai que não me ouvia, só que meu marido era grosseirão, mal-educado, as vezes gritava.

Do meu pai, as lembranças mais remotas são de que ele nunca me pegou no colo, nunca deu carinho físico, e no leito de morte, ele ficou no meu quarto de solteira, não era casada, e me lembro que não me avisaram que ele estava em coma, e encontrei aquele senhor em coma, fimava 4 maços por dia, morreu de câncer na traquéia, e se expandiu.

A lembrança marcante foi com 22 anos. Antes dele entrar em coma, cheguei, ele me perguntou se queria que ele fizesse comida para mim, achei estranho, nunca fez isso. Nesse mesmo dia, fazendo quimioterapia, passando mal, eu deitei ao lado da cama batendo papo e de repente ele pegou no meu cabelo, foi automático, caiu uma lágrima (chora), aí falei, que deu em você. Ele ficou quieto e tirou a mão. E estava no leito de morte. Acho que ele deve ter pensado: errei nisso; foi uma demonstração de amor, desculpa, errei. Foi muito importante (chora). Mas é uma mescla de sentimentos, porque você esperou morrer para fazer isso, podia ter sido antes.

De criança, de meu pai, não tenho quase nenhuma imagem. Ele morreu e não fez diferença nenhuma, não mudou minha vida.

O que posso falar de meu pai é que ria de tudo, era muito amado pelos amigos. Honesto, não posso esquecer nunca, ensinou firmeza de caráter. Devemos muito a ele. Mas negligente afetivamente, sobretudo a mim. Com 9 anos meu irmão aprendeu a dirigir caminhão, dava colo para ele, abraçava, mas não comigo. Um amigo psiquiatra fala ser homem com medo de estuprar a filha, medo da proximidade, não lembro de nenhum momento de proximidade, pelo contrário.

Como tinha temperamento forte, trombava com ele, eu com 8 anos, minha mãe comprou uma blusa para mim e queria que eu fosse em um aniversário com ela, ela envenenou ele que eu não queria ir porque não combinava com a blusa. Ele catou um vaso, e falou, vai,...eu não vou. Ele jogou, eu desviei, ri falando :você errou, ele veio para cima de mim e me tranquei no quarto. Fui com a blusa, apanhei, ela me vestiu a blusa e na festa, eu com 8 anos, paquerei um rapaz lindo com 15 anos, eu era grande, ele me tirou para dançar, fui, meu pai me pegou na orelha, me tirou no meio do salão. Sempre fui muito corajosa, não concorda... e no dia seguinte o rapaz não me olhou, eu

perguntei: você não vai mais me paquerar... ele falou: você é muito criança. Me deu muita revolta, no meio do salão, pura revolta.

Isso do meu pai ser muito amado pelos amigos, é um contracenso, porque em casa era muito rude, durão, pouco falava, muito introspectivo. Com os amigos, sempre disposto a fazer tudo por eles. Se mãe precisava que levasse a um lugar, ele falava que não estava a fim.

Outra coisa muito grave: eu com 5 anos, você vê a marca...(no joelho). No jogo do Brasil, eu fazendo roupinha de boneca, porque mal me interessava o jogo, e sem querer bati a perna na mesa, e a tesoura entrou no meu joelho, minha mãe desesperada para me levar no Pronto Socorro, ele: não vou agora, estou assistindo o jogo do Brasil, e eu chorando, 5 anos, ele falou: não é nada, vai passar, estou vendo o jogo. Aí falou: saco, vou perder o jogo. E me levou ao P.S., mãe puta, em vez de levar a filha no hospital...

Sempre fui uma criança muito ativa, levei 3 pontos. Isso significou desprezo, negligência, falta de amor, desprezo mesmo.

Negligência com a família, não com os amigos. Ele não tinha dinheiro para por gasolina e ia na China com os amigos. Esse lance dele não ter dinheiro para por gasolina, por uma dificuldade financeira grande, eu com 13 anos, quando tive minha primeira bicicleta, ele falando não ter dinheiro, eu falei, tenho uma solução: vou vender minha bicicleta, você põe gasolina no caminhão para trabalhar, e vendi minha bicicleta, meu primeiro bem, um tesouro, e vendi para ele por gasolina no caminhão dele. Achei que tinha que fazer isso, era a única coisa de valor, e minha mãe foi muito legal, vendeu minha bicicleta para uma mulher muito pobre, ela alisou minha cabeça e me falou: você está sendo legal, fazendo um bem para nós e para ela, e me deu um beijo. Apesar dela ser machista também, era legal, punha panos quentes.

Da minha mãe, tive muito carinho, ela me conta histórias legais, que eu com 2 anos, engatinhando, eu de olho em você, fiquei desesperada porque você sumiu, eu fui para o quintal, e vi você dormindo em um monte de areia, gostoso, eu teria que ter te dado banho, mas estava dormindo tão legalzinha que te levei para o berço. É uma imagem terna.

Mas também coisas difíceis. Ela me contou que meu pai não queria que eu tivesse nascido, queria que ela abortasse, ela não precisava ter contado, ela brigou com ele.

Ela batia em mim quando fazia xixi na cama. Apanhei muito dela, de borracha. Sempre fui muito espuleta, tenho muitas marcas, vivia encima do muro, subia em árvores, sempre buscando liberdade, me sentia sufocada em casa, e com 7 anos, havia duas árvores enormes em frente de casa, era época da Swat na TV, e com uma corda enorme, falei para um primo brincar comigo, amarrei a corda em um cano e no portão e na árvore, estiquei, ele segurou o cano, subi na árvore e falei: vou fazer um teste, e desci gritando: swat. Até hoje faço esportes radicais, escalo, tirolesa. E não satisfeita, eu falei, você desce junto, vou te salvar de um prédio em chamas. Fiquei tão feliz, fui chamar a mãe, ela falou que não tinha tempo, fiz, desci, ela com a varinha de marmelo e começou a me bater, maluca, ela nervosa, com medo.

Minha mãe sempre foi muito medrosa. Sou jipeira, adoro fazer trilha. Ela foi comigo, estava chovendo muito, a rua era de barro, tudo o que eu queria, fui, ela falando: odeio, pára, tenho muito medo. E falei: mãe, é só uma ruazinha, e fui devagarzinho, e fui para o asfalto.

Ela não se arrisca em casa. Ficou uma semana em casa, parceira, minha melhor amiga, mas ficou trancada, tem medo de pegar elevador, eu queria conhecer o mundo, ela é muito diferente, eu desde criança sonhava conhecer e ir para o mundo.

Eu não queria ser igual a ela, nunca. Por ela se sujeitar a muita coisa, ser machista, não me defender de coisas que eu achava um absurdo. Ser serviçal de um homem, servir o prato, tinha que fazer o prato até do meu irmão. Você está louca, porque ele não pode arrumar a cama. Me sentia muito incomodada. Ela escrava, não cabe, todos têm que ajudar, não fazer diferença.

Sempre fui muito revolucionária. Com isso o que conseguia era ser diferente dela, para não ser oprimida. Mas tudo que eu fazia, era o contrário, porque não era aceito, não tinha eco, não era bem visto.

Tinha uma menina na classe que eu achava tudo de bom, Maria moleca, fazia de tudo para ser amiga dela, uma vez foi na casa da avó, ficamos andando encima de um barril, mãe chegou e brigou, que podíamos nos quebrar.

Nunca quis obedecer, fazia questão de fazer o oposto. Ela falava: você quer fazer o oposto.

Acho que sempre fui muito idealista, até hoje.

Tive avaliação do chefe: parece que você defende uma coisa como se fosse uma causa. É meu. Tenho 4 pós-graduações, MBA.

Fiz Serviço Social, pós em Recursos Humanos, MBA Recursos Humanos, Pós em vários recursos humanos. Para descobertas, tenho loucura para me conhecer, faço meditação todos os dias, fiz terapia. Acho que preciso ser uma pessoa inteira.

(Como seus vínculos com seus pais a afetou na vida. ?)

Guardei muita mágoa deles por não me respeitarem. Como sou, não me entendiam. Ser diferente deles era proibido, tinha que ser igual, e ser diferente era absurdo, eles não me respeitava, não me ouviam. Irmão comprava um carro, perguntava para pai, o que acha... Eu falava: e para mim, não vão perguntar... Opinião minha era zero, não tinha voz, aí com 16 anos quis ir embora.

Com 15 anos minha mãe falava: você tem que fazer assim, assado. Falei, mãe, senta, tira um braço, uma parte da perna, o que sobra de mim... O que sobra, algo meu, você quer que eu seja igual a você...Não adianta você querer me moldar. E ela começou a chorar, eu muito sentimental, comecei a enxugar as lágrimas dela e falei: não precisa ficar brava, e ela falou: você tem razão.Foi a primeira vez que ela admitiu isso.

Meu pai nunca admitiu nada, nunca conversei com ele, nada de papo cômico, não sei quem ele é. È porque pagava comida, escola até o quarto ano, nunca pagou a faculdade, eu sempre fui dona do meu nariz, nunca pedi dinheiro para eles, pelo contrário.

Quando comecei a faculdade, eu era a única que trabalhava, irmão sem emprego, ele doente, eu pedi bolsa, tive 70% e meu salário ia para casa. E era a melhor aluna da classe. Para provar para eles que eu era boa. E era a melhor. Você não me valoriza, olha como sou inteligente,olha como sou capaz, não peço dinheiro, nunca pedi, mas meu irmão não, pedia, eles emprestavam.

Não lembro mais, desde os 14 anos, quando comecei a trabalhar, de ter pedido dinheiro. Faltavam 6 meses para me formar, era modelo em Bauru, desfilava, a Luma foi para lá, desfilei com ela, eu me arrumando, ela me falou: você me lembra alguém, e perguntei: quem... ela falou: eu mesma. E falou que ia me ligar. Imagina, esqueceu de mim, mas em um mês ela me liga e fala se não queria sair na play-boy, tinha 22 anos, era virgem,namorado nunca tinha me visto nua, mas me falou: é pegar ou largar. E me mandou passagem, e falei para mãe: estou indo para o Rio de Janeiro fazer um teste, mãe falou: pai vai ficar louco, falei, não precisa contar agora, mente, ela falou que não ia segurar a onda, falei: não conta agora, e fui de avião. Tinha um

namorado havia 2 anos, achava que ia casar com ele, muito simples, sem ambição de vida, ele no terceiro colegial, eu na faculdade.

Aí fiz o teste, fiquei na casa da Luma, e falei para o pai que ia para o Rio, ele ficou meses sem falar comigo, e fui embora, abandonei a faculdade.

Mais tarde, uma amiga modelo foi para São Paulo, me ligou chamando para fazer parte de um grupo musical, respondi que eu não sabia cantar, mas ele disse que o diretor que resolvia, fiz o teste, passei, era tudo o que eu precisava, por dois anos participei do grupo, cantávamos, representávamos, éramos famosos no NE.

Significou liberdade. Saindo da prisão.

Ia para festas, fazia tudo que queria, e engraçado, sempre fui muito certinha, continuei namorando o cara de Bauru, perdi a virgindade com 23 anos com ele, coitado, 3 anos esperando, mas fora de Bauru, longe dos pais, no Guarujá.

Foi a época mais feliz da vida, na pós-adolescência, contato comigo mesma, fui viver o que era, conhecer todo o Brasil, era meu sonho, queria gente nova, coisas novas. Com o namorado de Bauru, eu era muito certinha para esse mundo, queria ser atriz, achei que para isso teria que me sujeitar a coisas que não queria, mas jamais pensei em voltar para Bauru, quando esse grupo acabou, eu falei: nunca mais volto para Bauru, posso passar fome, e nunca mais voltei.

Cheguei para uma tia velhinha de 85 anos, pedi para ficar na casa dela em SP, com ela foi fantástico, alegre, espuleta, tive meu primeiro carro, viajávamos juntas, aí eu falava: quero gritar, ela gritava junto, muito querida, um amor, era irmã da minha avó. Uma vez eu me arrumando para ir trabalhar, muito apressada, até hoje penso, ela vinha com copo de leite e pãozinho, você não vai sair sem comer nada, e tomava o leite e ia comendo o pãozinho. Voltei para a faculdade, chegava tarde da noite, com pratinho feito, no forninho, que nunca tive nem da mãe. Além dela, uma prima do

irmão dela foi uma época morar com a gente, muito legal, a gente começou a ficar muito amiga, e ela era uma mãezona, defendia a gente. Uma vez cheguei triste do trabalho porque uma moça me tratou mal, ela falou: aquela vagabunda. Era muito legal, ela me defendia. Eu ligava e ela falava: te amo, não chega tarde, porque SP é perigoso. Ao mesmo tempo me respeitavam, viam que eu era muito livre, não queriam me por em uma gaiola.

Essa tia de 85 anos tinha bronquite, uma vez vi ela fazer inalação, eu preocupada, nessa época eu dormia com bichinhos, e em roupa (até hoje) e eu via, e pegava meu bicho e ia no quarto dela, perguntava se precisava de alguma coisa, ela falava: tudo bem, eu deitava a cabeça no colo dela, fazendo companhia, e ela me fazia carinho e falava: meu anjo pelado, me fazendo carinho no cabelo.

Toda vez que rezo, ponho ela nas minhas orações, mais que minha avó, porque foi mais.

Tenho uma amiga que lê a mão, sensitiva, uma vez bati o jipe, ela me falou: você precisa tomar cuidado, tua tia está do teu lado, muito brava com você. Falo para ela: está tudo bem. Faço rapel, sou jipeira, desço cachoeira, corredeira. Não tenho medo de nada na vida. De barata, bichinho desses... A morte é tão natural!

Meu ex-marido era bem nutridor, ele que cozinhava. Eu o conheci, era modelo, saí do grupo, mas modelo, recepcionista, fazia de tudo para me sustentar. Com três empregos, estava fazendo uma feira, sempre fui muito responsável pelo meu trabalho, ele expondo na frente, me falou que eu era do interior, porque eu sempre sorrindo, tratava todos bem, ele quis conversar, eu falei, estou trabalhando, ele era meu concorrente na frente, fui em uma danceteria, ele do meu lado, em SP, dançando ao meu lado a noite toda. Adoro dançar, não dei muita bola para ele, se ofereceu para me levar embora, eu com carro. E na feira peguei vários cartões e comecei a fazer vários

contatos, liguei para ele, que se tocou que era eu, ele foi, conversamos de tudo. Dentro de mim pensei: vou casar com esse cara. Não sei porque.

Porque ele me falou que no ESPM tinha um curso interessante. Achava ele um cara que sabia tudo, inteligente como se fosse meu professor, alguém que ia me mostrar o mundo.

Porque viajava muito, lia de tudo. No patamar. Príncipe.

Meus outros namorados eu dominava, sempre namorei caras mais simples, se falavam que tinham dinheiro, eu fugia, eu tinha baixa auto-estima, forma de me proteger

Ele me deu a dica do curso, fui fazer, e dou de cara com ele, ele fazia mestrado em outra unidade. Ai me pediu o telefone.

Era uma relação muito estranha, não dei ouvidos ao meu sexto sentido. Fui conhecê-lo, saímos, em uma pizzaria ele com má- vontade, cara brava comigo, sem paciência, rude. Também na primeira vez que saímos ele foi rude, falando que não tinha paciência com o pai dele, falei, não conheço meu pai, e já morreu, você tem seu pai vivo, tem que valorizar, ele foi rude, me respondeu: o que você está falando, você nem tem faculdade! Me desclassificando. Um boçal. Cheguei superchateada em casa.

Agora estou conhecendo outras pessoas. Já tive namorados, falam para mim: como você é carinhosa, nunca vi isso. E uma vez meu ex-marido falou: você não é nem carinhosa, ele desfazia muito de mim. Só que eu acreditava nisso. Dia a dia comprovo que tudo é mentira, que não sou carinhosa.

Uma vez a gente no banco (tive uma empresa de consultoria) ele no banco falava alto: você está querendo ser independente, ter uma conta só sua... Falei, quero saber quanto a empresa fatura, mas eu já estava pensando em me separar, ele falando alto, eu pedia: fala mais baixo. Ele falava: é meu jeito.

E eu sempre fui muito delicada com as pessoas.

Acho que falo em falsete. Minha voz não é essa, e quando me pego falando em falsete, vou conversando, e de repente estou falando em falsete, fico mais suave, porque minha voz verdadeira é mais forte.

Uma vez em uma dinâmica de grupo, a facilitadora me falou algo que não entendi, porque liderei o grupo, e falando essa vozinha, eu falava, ninguém ouvindo ninguém, vamos cada um falar em sua vez, eu fui coordenando o grupo. E após, sedenta de informação, fui falar com ela, que falou: se não fosse sua vozinha, você assustaria muita gente.

Essa minha voz forte sou eu, me acho forte.

E essa vozinha significa tentar agradar. Mas sei que sou forte, tenho certeza, depois de tudo que passei. Me submeti a isso, permiti que me tratassem assim, que mãe, pai, fossem assim, apesar de com eles não ter muito como me livrar disso, sentia mágoa, não entendia o limite deles pela educação, lá atrás me magoei muito.

Tinha muito forte a necessidade de agradar os outros, desde criança, porque parecia que eu era inadequada em todos os momentos, meu jeito era ruim para eles, não agradava.

Parecer boazinha, porque eu era a má. Meu irmão falava que eu era a revoltada. Numa roda de primos, meu irmão falou que tinha os melhores pais do mundo, eu falei: para você. Porque para mim foram outra coisa.

Hoje sou outra pessoa. Após a cirurgia sou outra.

Com o câncer, o único medo que eu tinha era de ficar dependente de alguém. De ter que contar com alguém para me dar comida.

O câncer veio em 2004, carcinoma in situ, enorme à esquerda e á direita menos. Fiz mastectomia à esquerda, até o bico tirei e á direita quadrantectomia. Fiz cinco cirurgias plásticas. Estava casada.

Antes do câncer, com meu ex-marido, ele tem muita dificuldade em demonstrar afetividade, muito racional, introspectivo, incapaz de ter uma sensibilidade de ver que você está chateada, você tem que falar. Ele reproduziu tudo que minha família... voltei para o mesmo que veio de minha família. Apesar dele ser um paizão, fazer comida, me levar, buscar, no início do casamento, lembro, sexo sempre foi um problema entre nós, com um mês de casados, eu falei, achava que vida de casado fosse diferente, só tive dois homens, incoerente, como saí nua na play-boy ainda virgem, foi meu segundo homem, não sabia direito como era vida sexual, tive 3 relações com meu primeiro namorado, ai casei, achava ser duas vezes por semana, com um mês de casamento, fazia sexo só no sábado, fui falar com ele, ele me falou: você está insatisfeita, você pode anular o casamento. E eu chorava... de novo desprezo. E não ser ouvida, não ser respeitada, desconsideração total.

Fiquei com ele, porque tinha acabado de sair do grupo, desestabilidade financeira, sem emprego, nada certo, muito vulnerável, aí ele fala: vem cá , te dou meu colo. E me soltei.

Pus ele no pedestal, até há pouco ele era o tudo. E cada agressão, desmoronava, chorava muito, decepção, falta de entendimento, compreensão, achava ele uma graça, mas sempre achava que ia ter jeito, que meu amor ia mudar ele. É muita arrogância querer mudar o outro.

Meu chefe fala: você quer abraçar o mundo. Ele fala: você quer fazer tudo ao mesmo tempo. Até nas coisas simples: sempre fui muito agitada.

Tenho certeza que o câncer não foi à toa, muitas coisas que aconteceram toda minha vida, de mágoas, não me incomodar tanto com tudo na vida, foi um divisor de águas.

Quando me casei, com 26 anos, com um homem de temperamento muito difícil, ele era completamente diferente de mim, muito racional, bruto, com respostas secas, eu sempre fui mais sentimental, me importando e mais voltada às pessoas. Ele era presidente de uma empresa, engenheiro, bruto, estúpido, negligente emocionalmente. Não tenho raiva dele, cada um cumpre seu papel, mas para mim era muito agressivo conviver com ele.

Foi uma repetição de um padrão que vinha da minha família.

Casei com ele, morava em um apartamento duplex, mas apertadinho, e juntos fomos crescendo, ele mais, 8 anos a mais, velho, formado . Ele era bem de vida, de família rica, mas simples, sem muitos requintes. Casei e me formei na seqüência, após um ano. E comecei minha vida profissional. Eu simples, não usava jóias, roupas de marca, eu guardava meu dinheiro para viajar, meu irmão falava para mim que eu nunca ia ter nada, gastava tudo, e ele ao contrário, comprava carro, terrenos, eu viajava. Buscando liberdade.

Depois comecei a vender carros, BMW, muito eclética, várias coisas para me sustentar, sempre me adaptava a tudo. Ele no começo do casamento era gerente, não suportava o chefe, falei, larga, meu salário dá para nos sustentar. Ele pediu demissão, em dois meses arranhou um emprego, virou diretor, agora presidente da empresa. Ele falava que eu não precisava trabalhar, eu sempre estudando e trabalhando, eu trabalhava muito, em Recursos Humanos, mesmo ganhando uma miséria, mas tinha um carro importado que ele tinha dinheiro, uma vida muito confortável.

E de novo na vida uma competição forte – eu tinha que mostrar para ele que eu era também inteligente. Achava ele o máximo, supra-sumo, mas eu tinha que provar que eu também era, que eu não era um bibelô, porque ele me tratava como um bibelô, eu sempre fui muito romântica, perguntava porque ele estava casando comigo, ele falou que era gerente de uma empresa, que estava na hora de se estabilizar, meu olho encheu de lágrimas, sempre fui muito sensível, falei: pensei que era porque você me amava. Falou: isso também. Uma punhalada no coração. E engoli. E chorei. Ele não viu as lágrimas, eu não deixei ele ver.

E insisti nessa história.

Aí me enfiei no trabalho, virei consultora, uma executiva, viajei todo o Brasil, implantava projetos, ganhava bem, podia ser independente, não dependia dele para nada, ele me perguntava: você quer ser independente... Falei: sou. Cresci, deixei de ser uma menina, cresci, me tornei uma mulher, forte.

Nessas minhas viagens, sem carinho, ele me rejeitando, um ano e meio sem sexo, uma vez ele ficou fora 15 dias, pus pétalas de flores no chão, velas, música, jantar super legal, ele chegou, accendeu a luz e falou: nossa, que cheiro de velas. Puta, que música alta, abaixa. Nossa, que fome. Comeu, subiu. E falou: não gosto de banho de banheira, vou tomar banho. E mesmo assim, fui tentar fazer amor com ele. Auto-estima no lixo, eujá não era mais mulher, um lixo, não me achava mais bonita, nem atraente, comecei a perder peso, não dormia, sumi,, e trabalhando, trabalhando, trabalhando aos sábados, domingos, feriados, e estudando à noite, viajando o Brasil inteiro.

E eu:vamos, vamos lá, conta comigo. Vou me ralar. Me afundei no trabalho. Após um ano e meio sem sexo, conheci um cara lindo no Reveillon, que me diz: você é linda, e eu consigo: não, eu amo meu marido, esse casamento vai dar certo, vai no

médico, vamos fazer terapia de casal, o problema é meu, eu não te excito, e o cara não, não quero fazer terapia de casal, foi um dia só, detestou a profissional. Eu achando que eu era o problema.

Ai tive um caso, loucura, mas descobri que eu era diferente, gostosa na cama, e que eu era afetiva, foi muito engraçado, esse cara era do RJ.

Ele me falava: você é uma mulher demais, fabulosa, afetiva.

Ai fui falar com meu marido, ainda tentando, acreditando que podia mudar, eu falava: você não é afetivo. Ele falava: você não é carinhosa. E tinha acabado de ouvir do cara o oposto. Tive vontade de rir, mas agüentei.

Falei: estamos em um impasse. Você não quer fazer nada... o que faço...

Acordei em depressão, acordava chorando. Acordava de madrugada chorando. Muitos pesadelos. Em um sonho, batia nele, batia mesmo nele, acordei com ele segurando minhas mãos. Falava muito no sonho. Acordava, olhava para ele, e começava a chorar, com desespero de não conseguir resolver, não via uma alternativa. Justo eu, tendo um caso, não aceitava, achava que não prestava. Me recriminava muito.

Nessa época, surgiu a displasia mamária, fui em um médico que não conhecia, sentindo algo diferente, ele fez USG, tudo normal. Ai passou um ano. Tinha um cachorro grandão que pulou em mim, saiu sangue do seio, não dei a mínima importância, e novamente após uma semana, fui ao médico desencanada, ele não me desesperou, e pediu exames.

Uma semana antes, tinha pedido minha separação, certeza que tinha que ficar com meu amante, apaixonadíssima, eu não tocava mais no meu marido. Não tinha relação com meu amante e com ele. Parei de abraçar, o via só como amigo.

Criei coragem e pedi a separação. Uma semana antes deu descobrir o câncer.

Só que esse cara não era nada, não tenho a mínima admiração por ele, também grosso, mal-educado. Quando ele estava apaixonado, eu era a rainha, a supra-sumo. Ele também estava perdido. Pedi a separação, descobri após uma semana o câncer, sempre fui muito controlada, a primeira pessoa que avisei foi meu chefe – estou com câncer, vou me internar, ficar ausente uns dias. Ele me perguntou: você avisou seu marido... Para mim ele não era mais meu marido. Aí telefonei para o cara, que foi muito legal, e em terceiro para meu marido, ele mudo, mandou eu ligar para uma médica amiga para ter outra opinião. Em quarto liguei para meu irmão, ele falou: você não vai dirigir sozinha, fala para teu marido te buscar. E meu marido em nenhum momento se disponibilizou. E aí meu irmão começou a dar todo o respaldo, mudou muito, ligou para meu marido me buscar. E falei: não precisa, estou bem.

Me sentia encima: sou forte, não preciso de ajuda. Uma amiga se ofereceu, não quis. Porque nunca pude contar com elas, então não conto. Até hoje, não peço. Nem para os amigos.

Aí liguei para meu irmão: vou precisar da mãe, mas não conta para ela. Põe no ônibus, mente, para ela não sofrer, e vai ver que estou bem, não é tão grave, eu me preocupava com os outros, ao invés de me preocupar comigo.

Aí sentei e chorei, chorei, desabei. E a médicos como falando: você pode chorar, porque estou te dando colo. Aí chorei.

Com meu marido, eu também não podia chorar, porque ele não sabia lidar, se chorava em um filme, ele ria. No casamento, chorei, ele me fazia: psiu.

Tinha que aprender, para me integrar. Ser uma pessoa inteira.

Aí peguei meu carro, indo a Vinhedo, marcando médicos, lado prático, meu marido foi só o motorista, ficou do lado, mas nenhuma palavra de conforto, não falou

calma. Só foi legal porque falou: agora você tem que se cuidar, vamos falar em separação outra hora (ele não sabia do caso).

Aí fazendo exame com mastologista, ele ao lado, mudo, estático. Eu comecei a chorar, ele não fez nada, não me abraçou, eu chorava, chorava. Parei de chorar, enxuguei, aí ele me abraçou, sem uma palavra.

Foi uma prova para os dois. A doença foi minha cura. Opa, vou me matar desse jeito, não posso continuar essa história.

Após a cirurgia, meu amante foi me ver no hospital, foi maravilhoso, e minha mãe sabia tudo, ela era minha parceira, também na playboy, tinha medo do pai, mas ela me ajudava. Foi minha cúmplice várias vezes, eu dormi com ele no hotel, ela no mesmo hotel, e me falava: olha o que faço para você, passo por cima dos meus valores, mas você precisa se redescobrir, volta a achar que você é uma mulher atraente, você é um passarinho dentro de uma gaiola de ouro.

Outra frase muito legal que ela disse, quando eu estava muito magoada, indecisa com o casamento: filha, porque você fica pegando migalhas sob a mesa, se você pode se servir de um banquete!...

Quando descobri o câncer, essa prima minha melhor amiga falou: sei que não é o momento, mas estou com raiva do marido, ele provocou. Falei: ele não tem culpa, é o jeito dele, eu que permiti.

Culpa não é de ninguém, é minha, eu me permiti ficar doente.

Aí me recuperando eu continuei conversando com esse amantw. Sinto muito twr traído meu marido, há um mês mandei e-mail pedindo desconto por ter traído, porque eu tenho mesma moral, foi um momento de muita fragilidade, não queria ter feito. Ele não me respondeu. Mas me aliviei. Na hora chorava muito.

Após a cirurgia o cara do Rio pediu para eu ir morar com ele. Falei, você não sabe o que acontece comigo, com muitas sondas. Ele falava: vem, cuido de você. Ele não entendeu que eu precisava me cuidar. Ele foi se distanciando, discutimos, o marido do meu lado o tempo todo, comecei a reconsiderar possibilidade do casamento dar certo, mas ele não me tocava (olha que louco, eu com curativo no seio da cirurgia plástica, o marido viajando, pedi um tempo para mim e fui para a casa dele no Rio, uma semana, transávamos todo dia, 5 vezes por dia, uma explosão de paixão enlouquecida, só pedia para não tirar meu soutien, ele respeitava. Foi muito legal, sentia-me mulher mesmo.)

Um dia antes da cirurgia recebi flores com cartões da empresa, minha prima lá, rindo, me deixaram leve, pedi 15 minutos antes, meditei, fui para a cirurgia, disseram que eu falei que estava em um campo de flores, tudo lindo, o centro cirúrgico parecia o Hopi Hari, uma explosão de luz.

Foi um sucesso a cirurgia, me entrosei muito com a equipe médica, com o cirurgião plástico e com o mastologista, nos tornamos amigos, falava com eles, me faziam carinho no cabelo, falei: queria me separar, agora não sei, o que faço... os dois me acalmaram, muito afetivos.

E minha mãe sempre comigo, amável, me fazendo carinho, paciente, eu às vezes era agressiva, ela calma. Agradecia as enfermeiras, umas amigas. Tive um estado de leveza.

O câncer foi uma mudança de águas, um divisor. Mudou o comportamento familiar. Meu irmão não foi mais em nenhum momento me ver, mas entrou em depressão, começou a tomar calmantes, não conseguia dormir, ligava todo dia, mas não foi.

Aí fui na capela meditar, senti uma paz imensa, tudo parecia maravilhoso, tudo ótimo, escrevi uma poesia às enfermeiras, foram fantásticas, mandei à direção hospital. Mas não sou católica, comecei a meditar, vi uma pessoa como eu (era eu) na entrada da capela, vendo eu sentada, e veio na minha frente, e começou a cair pétalas de rosas na minha cabeça, aí ela se transforma, camisola branca medieval, vai novamente à entrada da capela, que virou Notre Dame, com uma cruz enorme no altar, mergulhei nela, vi um barco ameaçador vindo em minha direção, me agarrei nele, que virou um golfinho. Significou transformação. E a ameaça (o câncer) era minha salvação.

Quando discutia com o ex, antes de descobrir o câncer, eu falava: não aguento mais, vamos parar de discutir, e sentia muita dor nos seios, sobretudo o esquerdo. Uma vez ele discutindo, eu comecei a me bater, dar tapas no meu rosto, porque o desespero era tão grande que comecei a me agredir, não estou fazendo nada certo, ele não me compreende, desespero. Depois deitei no canto da cozinha e me encolhi em posição fetal. Pleno desespero. Sem ver saída.

Agora, tudo que lembra o ex-marido quero distância. Sem raiva, mas muito segurade mim mesma, com auto-confiança.

Antes, eu tinha receio de conversar com pessoas hierarquicamente superiores, hoje não tenho o mínimo medo de falar com ninguém, porque somos todos iguais, sem revolta; e a empresa que trabalho é muito hierárquica, e trato todos iguais. Um diretor que põe medo em todos, falei que não ia revelar o nome delas para não perder o respeito delas, minha ética não permite, falei: você pode me pendurar pela unha que não falo quem falou. Sou a Coordenadora de RH e não vou abrir. E tive um feed-back dos funcionários: a empresa é hierárquica, você tem que saber administrar, mas você

é a única com cargo de destaque que trata igual faxineiro e diretor. É um baita elogio. É assim.

Esse final de semana aconteceu que tem dois caras interessados em mim: um quer namorar sério, mas não tem nada a ver comigo, me procura há 2 meses, ele é muito formal, igual o ex-marido, e eu sou elétrica, informal, não gosto do papo dele, mas não querendo ser resistente, dei abertura, saímos, no final de semana, pedi para vir para casa, respeitou, ai me liga, se queria jantar, ele veio, comemos, tomamos vinho, falei: não vai dar certo, somos muito diferentes, não quero repetir o padrão, fui super franca, ele falou, como você sabe, eu falei, mesma sensação que tive com o ex, e não dei atenção ao 6º. Sentido, ele me abraçou e falou: você é rara, não vou te perder.

Falei: não quero te magoar nem me magoar, vamos parar, não dá certo. Ele falou: vamos levando. Falei: não quero levar, sempre levei.

Mas me beijou, deixei ir embora. Ele me ligava muito, e não atendi, me faz mal, não quero desprezar, ele foi tão legal. Travou tudo.

Fui à médica, estava também com uma secreção, ai conversei, tirou o peso. Ela disse: se você não quer, não força. Mas tenho que dar uma satisfação, não posso desprezar, ele legal, mandei mensagem, não tem nada a ver com você, entende, é meu momento, beijos. Mas não fiquei feliz, não acho legal tratar ele assim. Aí liguei hoje: desculpa, fui grosseira, mas não quero insistir, ele falou: pressionei, fui muito na tua casa. E falei, adora ficar grudada, mas você é muito diferente, não vai dar certo. Ele ignorou tudo, e me convidou para uma festa. E o cara tem grana, tudo igual, dono de empresa, queria me dar uma jóia, é um doce, mas meu 6º. Sentido diz que é mal-educado. Porque me chamou de minha filha quando me posiciono.

E há uma semana me apaixonei, estou de quatro, é natural, batendo o olho, o olhar grudou, tiramos sarro, rimos, conversamos, é um analista, um duro, mas me encantei, tão rápido, transei no primeiro dia, uma sintonia absurda, eu fui eu com ele. Soltei. Falou que gosta de mulher assim, franca. E sou. Grudamos, não descolamos no congresso, para não nos perdermos, um doce. Foi muito legal fazer amor, beijou todo o meu corpo, fez carinho, o mesmo tom que eu tenho, também fiz com ele, falou que também sou muito carinhosa, um olhando nos olhos do outro. Loucura, nunca fiz amor no primeiro dia, me perguntando, você está gostando... Falei, estou amando. Antes resisti bravamente. Falei, você vai perder o tesão ao ver meus seios, tive câncer, você vai perder o tesão, e falou: não perdi, agora... e foi maravilhoso. Completamente aceita.

Achei tão mágico isso que aconteceu, ele muito terno, é um doce, peguei ele, dediquei uma música, extremamente envolvida com ele, muito rápido. A música é: você não sabe quanto caminhei para chegar até aqui... vou ficar apaixonada, no teu seio aconchegada. Ele me deu um beijo, muito bom. Ele teve que resolver muitas coisas, não ficou até o final do congresso, falei, você vai me abandonar... Falei, mas quero me despedir, e me deu um beijo que foi uma delícia, falei que tem dois caras a fim de mim, vou dizer para os dois que não os quero, quero você. Ele me disse: não faça isso, foi maravilhoso, mas não estou preparado para um namoro sério, não posso te oferecer isso agora, saí fora de um relacionamento, caiu meu castelo...ai...

E não liguei mais, respeitei a decisão dele. Eu não entendo. Não quero jogar. Tenho que ser franca. Ele manda mensagem: C., estou com saudade dos teus olhos, do teu feitiço. Cadê você... te curto. Beijou. Aí meu coração disparou, muito feliz. Aí mandei mensagem: também estou com saudade. Me liga. Beijinho. E não me ligou. Mande outra, não ligou. Há três dias. Aí mandei outro: olhos maravilhosos, você

ainda está ai... Beijos. E hoje liguei, ele não atendeu. Desisti. Ele mandou mensagem confusa, está assustado, e eu sou muito intensa, não tenho medo de viver um amor, ele assustado. Ele me falou: você é bonita, inteligente, bem sucedida, dá um medo...

Como assim, não entendi. Estou com o coração apertado, mas não vou insistir. Respeitar. Estou em uma dúvida terrível, liguei para meu irmão, e perguntei: o que faço... Ele falou: se você tem dúvida, não é bom nenhum dos dois.

Meu ex-marido está namorando uma menina de 25 anos, eu pensando: eu incompetente. O que mudou em mim: estou pedindo ajuda. Procurando amigas. Nunca faria isso antes. Uma amiga me falou: C, deixa eu cuidar de você. Você vai deitar, dormir, ela me cobriu, cuidou de mim, aí pude ir á reunião. Comecei a me permitir ser cuidada. Na minha avaliação de desempenho, o que tem que melhorar, minha nota me dei muito baixa, mas ri disso, me divirto comigo mesma, não me xicotear, tudo a gente aprende.

Estou com problema de tireóide, o cabelo está caindo muito. Me sentindo estressada. Não conseguindo lembrar mais de nenhum sonho.

Engravidei duas vezes, perdi no inicio, mas não vi motivo para isso, com 20 dias. Acho que eu sabia que não era para ter filho com ele, porque no fundo acreditava que ele não era a pessoa certa, eu tinha momentos de muita tristeza, não sei explicar, sem motivo, nos 11 anos que vivemos juntos.

Agora, vivo com meus filhinho: Tetê e Kiko (seus dois cachorros, que ficam todo o tempo no seu colo, disputando espaço) Meus dois cachorros têm ciúmes de mim e um não deixa o outro chegar perto, brigo, pego os dois no colo, para mostrar que não prefiro nenhum dos dois, trato os dois igual, não dando para eles tratamento

igual ao que eu tive. E todo o tempo, se revezam no meu colo, e eu fazendo carinho neles.

PARTICIPANTE B.

56 anos. Professora. Viúva.

Entrevista realizada no consultório da pesquisadora, conforme a vontade da participante, visto que ela mora no interior de São Paulo, e estava vindo nesta data realizar exames e outras consultas médicas. Veio vestida de índia.

Minha avó materna era índia tupi-guarani. Trabalho e estudo os latino-americanos, peruanos, muitas tribos, muita gente. Fiz faculdade de música e educação artística aos 19 anos. Aí conheci outra profissão, terapia neuro-muscular, de um médico norte-americano, uma amiga trouxe o professor, fui fazer uma sessão de cobaia, me apaixonei, fui estudar, em 1994, fui lá com ele como assistente, e trabalhei muito até o câncer, aí parei.

Tive uma infância e uma adolescência bárbaras.

Tenho uma mãe muito poderosa, de muita visão e que percebeu minha potencialidade e me encaminhou muito bem, me fez estudar arte, música, me formei em piano clássico, sou professora, meu tempo todo ocupado estudando, sou presidente de uma associação de juventude da minha cidade, o mundo para mim sempre era pouco, sempre quis mais.

Tive minha infância em A, (interior de SP), juventude em B(cidade maior do interior de SP). Meu pai faleceu, minha mãe tem 82 anos e tenho uma irmã solteira.

Na infância, minha maior crença era de que tudo existe, tudo é possível e o mundo é lindo. Fui pesquisar. Memória de um quintal enorme. Éramos muito comidos, nunca tivemos dinheiro, meu pai se deu muito mal, eu tinha 2 anos

quando ele perdeu tudo, os sonhos de minha mãe se esfaquearam, minha mãe é uma mulher muito forte, e criou nós duas muito bem, muito bem educadas, pessoas muito amadas. O amor é o único jeito de existir.

Para mim não existe mágoa, abandono, rejeição. Cresci com essa fé profunda de algo maior que eu, era católica fervorosa, estudei em colégio de freira, comungando todo dia, depois fui estudando mais, questionando o catolicismo, fiz música na PUC, tudo relacionado com Deus. Consegui bolsa em Campinas para continuar estudando piano.

Quando meus pais casaram, meu avô paterno deu uma fazenda de café no Paraná para ele, e teve uma perda que matou todo o cafezal, e ele ficou zero, eu ia fazer 2 anos.

Lembrança mais antiga, é a de eu estar com catapora e minha mãe no hospital, foi ter minha irmã, eu com dois anos, e não podia ver o nenê nem minha mãe. Em algum momento me deixaram espiar.

Sinto que existe em nossa primeira infância uma falta de clareza; tenho um álbum de foto desde o casamento da mãe, sei que fui feita com paixão, fotos diárias, cada mês, vestidinhos, roupinhas, reconstruindo minha história, nasci bem, Parto Normal, em 2 minutos, “cuspiu” eu, aquela coisa, eu nasci, meus pais ainda em lua-de-mel, ela voltou da lua-de-mel grávida, aquele momento de amor, e minha mãe escreveu um diário que eu queimei o ano passado – essa história deu sentir energia começou antes, sobretudo com os feiticeiros totecós, que mexeram com Medicina, passes mágicos, dizem que todos somos seres energéticos, mas alguns são mais energéticos, depende da hora do intercuro sexual da concepção, o tanto de energia que têm na hora, com a criança, envolvidos um com o outro. A criança que nasce de

uma relação sexual tediosa, por obrigação, nasce com menos energia. Se com muito tesão, vontade, carinho, amo, passa por toda a vida e se safa.

Minha irmã foi concebida na perda do pai e com os sonhos da mãe espedaçados. Ano passado quis conversar isso com todos, foi a maior burrada, minha irmã não se recuperou. Ela herdou o alcoolismo do pai.

Pai ficou alcoólatra após essa queda.

Tenho uma saudade eterna em mim que nunca cura. Das coisas, pessoas, lugares, uma saudade abstrata, profunda, mas não sou apegada ao passado, como se fosse uma saudade filosófica, é sobre a solidão, que é algo inerente do guerreiro, que tem amor pelo âmago da energia do ser, da terra. Mas vivemos uma realidade dia a dia. É essa a saudade.

Lembro com 5 anos, uma moça cuidando de nós, minha mãe foi se virar para ganhar dinheiro, estudar, eu estava no pré, meu avô ajudou, ela não quis deixar a gente pequena na mão de ninguém. Nessa época pai foi viajar, muito nebuloso, misterioso. Mãe, até o pai morrer, mostrava o mundo perfeito, para a família, para o povo. Exemplo: na formatura da quarta série, onde ele estivesse, ela ia buscá-lo e comprava um terno e o trazia. Pai presente. Para o exterior.

Mãe fabulosa, amorosíssima, inteligente, doutora 5 vezes, mas não soube lidar com essa história do amor, sei que o amou profundamente, ele veio morar com ela quando na velhice.

Minha mãe era muito presente. A grande coisa dela é a vitalidade, disposição e garra que ela teve, para fazer o que ela fez. Para sobrepor a decepção, de ter feito um mal casamento, passou entre os primeiros lugares na receita federal e se exonerou pelo meu pai, que não queria que ela trabalhasse. Ela rejeitou dois casamentos de dois dos maiores sucessos do planeta. Ela caiu de quatro em criar as duas filhas e das um

ambiente honesto, sadio, de muito estudo, muito conhecimento, de religiosidade. Ela esqueceu dela.

E trabalhava dia e noite, trabalhava dia e noite, montava colares à noite, então sempre tínhamos vestidinho novo, nos levava para debutr no clube e ia laçar meu pai – ela não é fácil com a gente – é sempre o drama do controle, autoridade. Junto também, amorosíssima, eu e a irmã da mãe temos visão espiritual, fazemos trabalhos de curar gerações, passado e futuro, e eu falava: tua mãe é muito amorosa, agradável, vai em todos os aniversários, batizados, mantém a união da família, liga para todos... mas tem algo que não é fácil, deve ser o emocional, ela se impôs toda a vida padrões muito altos, de elite máxima. Imagina dizer que ela é menos por qualquer motivo. Tem uma barreira, de sinceridade – eu falo para meu filho, to ferrada. Não temos intimidade com ela.

Tínhamos cabelão enorme que eu odiava, tinha muita amorosidade, passávamos férias com avós, era uma festa, banho no rio, paninhos, bonequinhas, tive uma infância riquíssima, muito alegre, muito feliz. Uma vez eu estava tão contente, que entramos no trem, mãe bordava blusinhas, peguei uma cesta de bordados e joguei para fora do trem, mãe bordava no sol, tive um momento de êxtase, da luz, do brilho das linhas.

Eu e meu marido era muito bom (ri). Nos últimos 3 anos foi muito bom, muito bom. No começo nunca foi muito dentro dos padrões normais, mas ele tinha um amor incrível por mim, o conheci em uma batida policial, eu dirigindo sem documento, ele foi muito discreto, e me pediu para namorar. Ele era também muito bem criado, tive uma sogra incrível, que morreu de câncer após a morte do filho.

Ele virou bailarino, adorava festa, companheiro super dedicado, homem de um espírito muito universal, não era paegado nem azedo nem fechado. Era um doce,

muito educado, que gostava de uma boa mesa, linda toalha, apreciava coisas boas da vida, muito trabalhador e caseiro.

Mas 2 anos antes da morte acidental, ficou 2 anos sem andar. Ele não dava trabalho porque morria de vergonha da parte humana, montei para ele um quarto, uma enfermeira, os amigos iam toda hora visitá-lo, ele aprendeu muito com essa experiência, quebrou todos os orgulhos dele, porque seccionou o pescoço. Eu trabalhava muito, das 7 às 11 horas, tinha que deixar tudo coordenado.

Antes do marido perdi dois noivos, um teve sarcoma no pescoço, morreu em 20 dias(eu com 22 anos) e o outro noivo, que era o maior amigo dele, estava dirigindo um aviãozinho na fazenda, caiu, morreu na hora. E o marido levou um tiro no pescoço. O que é isso, 3 no pescoço, fui em um astrólogo, não vou mais arrumar ninguém senão vai morrer enforcado, o que que eu estou segurando os caras... (ri). Fis esses caras se auto-expressare. – é o ponto de decisão para os feiticeiros.

Perdi dois bebes, um filho com toxoplasmose e o outro com malformações . Abortos com 3 meses. Tenho um filho adotivo com 29 anos, adotamos ele neném. Ele é o amor da minha vida, ele era louco por esse menino, foi uma pena ele ter ficado sem o pai. Mataram ele na frente do filho, caçado. Ele era delegado de polícia, muito espirituoso, foi mandado embora de 8 cidades por política porque tinha uma missão contra as drogas, fazia reunião com os pais para conversar, encaminhar, morávamos no interior, ele que ia viajar a cidades vizinhas e sempre ele criava um caso, vereador, prefeito, davam queixa e trocavam ele de cidade, eles o mandaram para SP, que eu não vinha nem morta, fui para uma cidade próxima, meu vizinho entrou nessa de droga, meu marido ficou muito revoltado. Não teve mais sossego, muitas ameaças, encomendaram ele e o mataram.

Minha mãe pôs um muro entre nós e o pai, na nossa frente ele estava sempre sóbrio. Uma vez só apanhei porque aprontei, derrubei um armário da cozinha, lembro direitinho. Nunca vivi qualquer rejeição, sempre me sentia a mais amada do planeta.

Após a queda: ele ia e voltava, não ficava mais em casa. Ele era mimadinho, caçula, o bonitinho, terninho branco de linho, minha mãe se encantou e fantasiou. Ele era muito afável, amoroso, o melhor cozinheiro que já vi na vida; alguém ficou doente, com dificuldade, o chamavam para cuidar, o melhor enfermeiro do planeta. Muitos dons. Mas, após casado, ele não era feliz, mas na época eu não me dava conta, ele chegava, era uma festa, comida, levava a gente para passear na chuva, eram momentos de muito amor, convivência, nunca levantou a voz, a mão, era apaixonado pela minha irmã, mas sei que minha mãe criou um muro, hoje sei, não com ela, que não abre, mas com minhas tias, com a babá, aquele casamento era uma infelicidade completa; quando minha mãe foi vendo meu comportamento, projetou em mim tudo o que ela não conseguiu ser.

Eu nunca senti nada, nunca liguei para essas coisas. Não me dê a batata quente que não vou pegar. Lembro do caminhão dele que eu achava o máximo passear nele. Quando tirei o rim, por cálculos, ele era muito cuidadoso, me levava leite, aveia (eu com 33 anos).

Meu marido morreu – outro capítulo feio. Assassinado brutalmente. Um ano antes, e meu pai morreu um ano após. Muito boas lembranças dele. Escolhi que não queria conviver com ele, por amor a mim, essa não era minha energia, da fraqueza. Bebida é doença. Por não ter conseguido dar a volta por cima, de ter ficado amarrado toda vida à mãe, dependendo dela nos últimos 15 anos de vida, e infeliz. Não acreditava que ninguém tira energia de ninguém, vampirismo é bobagem, mas não fico em ambientes onde as energias não são compatíveis com a minha.

Eu sei, vejo as coisas. Não faço comparações nem competição. Energia, milagres. Treino para isso desde pequena. Fico na minha, para isso se abrir. Tenho um código dos sonhos, os escrevo há 20 anos, cada 2 a 3 anos os leio, como meu inconsciente traduziu os sonhos, se surge uma pessoa bege e azul, bem. Se de verde, com roupa molhada, barro na estrada, estrada limpa, são códigos. Porque estudo muito a tradição que difere inconsciente do subconsciente, estudo de energias, e trata de doenças.

Com 7 anos eu já sabia que ia ficar viúva com 33 anos. Tinha certeza.

Outras sensações: eu vejo seres, movimentos, avisos. Um caso chocante. Morava em uma cidade próxima de SP até abril 05, ia trabalhar por uma estrada serra dentro, na volta, por 2anos e meio, em uma descida, eu via uma caminhonete preta vindo e embolando com meu carro, daí descia sempre a 10 km por h, eu vendo aquilo. Uma noite atendi até tarde, sempre respeitei, e antes da curva vem uma caminhonete preta, perdeu a direção, tombou, se eu estivesse ali ia tombar encima de mim. Porque o twmpo no universo não é o nosso tempo. O índio pensa circular, para ele tudo é concomitante, eu sou totalmente fora do tempo, durmo 3 horas da manhã...(ri).

Misturo muito as estações. São coisas tão claras, tão evidentes. Um ano queria muito ir para uma dana nos EUA, não tinha dinheiro para ir, chefe falopu, se vira, venha, na mesma noite ela me falou para conversar com as pessoas que eu atendo, fui dormir com isso, 3 horas da manhã a inspiração. Escolhi 4 pessoas mais abonadas que eu atendia e fui falar com elas, para me adiantarem sessões, na hora fizeram o cheque. A terceira me deu a passagem em milhas. As coisas aparecem. 3 horas da madrugada é o horário do sonho poderoso. Acordo- aquilo é.

Amo isso, pesquiso muito o corpo, osteopatia, fisioterapia, minha paixão é o que acontece com o corpo quando ele se equilibra com o campo da terra (entrainment)

quando todas as inserções unem e ficam lisinhas, aí acontece a cura. Com o estresse, o sistema de crenças negativo, desequilibra a natureza, sem vida espiritual, as inserções vão ficando empapuçadas e vem a doença.

Tenho meu estilo próprio, eu que faço minha roupa, com retalhos, pedaços de roupa, não é nada novo. Significa que, da minha parte, minha responsabilidade de não desperdiçar tanto, porque tudo se recicla, tudo passa, bom, ruim, desde pequena tenho esse estilo, gosto de reaproveitar, até dó, mas vejo tanto desperdício no mundo, tem que ter, seguir moda, que não me cabe. Estudo energia, o espírito sempre me encaminhou, professores muito especiais, bárbaros, porque não posso pagar, mas ganho e devolvo ao mundo sendo eu, do meu jeito, e com vida meio doida, mas muito satisfeita.

Paradoxo no câncer de mama. Porque leio muito. Trabalhava muito, como uma louca. Após o câncer, a fase mais difícil foi 4 meses após a radioterapia, fiquei mal, porque fiquei sem trabalho, não estava sendo útil, tinha feito grande besteira. Terminei a RDT, outra semana ganhei ida para os EUA para essas limpezas, com essas mulheres que curavam e limpavam, minhas professoras, sobretudo duas, outra grande amiga que trabalhava com fogo, de modo antigo, fiquei dias e dias limpando, voltei ótima, voltei a trabalhar, em um mês, aí tinha dores terríveis, que deixei o médico louco, escanearam, eram dores na região da cirurgia. Agora estou aprendendo a conviver. Tenho dor 24 horas.

Meu corpo está aprendendo que não existe mais essa parte. Muito difícil porque eu com dor 24 horas e sem o ânimo de antes, meu cérebro sabia que eu podia, lutei espada japonesa 15 anos. Como esporte e auto-conhecimento, tinha uma força muito grande, e meu tumor era muito fundo.

O câncer – quem me deu esse choque foi uma antroposofista, tomei muito remédio durante a quimioterapia, que me deu alívio imediato, tomo muito remédio da antroposofia, fui a uma reunião só sobre câncer.

Entendi reflexo micro no macro e macro no micro. Assim como a peste negra, a tuberculose, o câncer é também um terrorismo. Ira, querem crescer, tomar conta, matar, sem limite, a célula canceroso também, sem limite. È um reflexo do momento planetário e eu reconheço o terrorismo que fiz no meu sistema imunológico.

Eu só comia coisa boa, mas fumo (depende do dia, nas cerimônias fumo cachimbo, depende do dia, nos dias de reza não fumo,mas pinto o cabelo. Meu negócio é a fumaça, que é o mensageiro do espírito, mas dormindo uma hora e meia por noite, trabalhando feito uma louca, eu era puro terrorismo comigo mesma, elevadíssimo grau de estresse, todos me chamando, porque sei do meu trabalho.

Na doença, proibi toda minha família de ir em casa, porque não precisava da auto-piedade de ninguém. Tive a D. que trabalhou 18 anos comigo, ela cuidou de mim, toda a comida, todos os horários, e um senhorzinho que dirigia, durante a quimioterapia. Menos família. Primeiro que não contei para a mãe que estava com câncer. O médico não queria me operar, você pensou que sua mãe vai se sentir inútil, de saber que a filhinha dela operou de câncer e você não sabe. Tomei todas as decisões sozinha, aí mãe veio, saí do hospital em 24 horas, irmã me levou em casa, mãe falou: você vai ficar sozinha... Cheguei em casa, em 10 minutos, toca telefone, a D. não podia ir, mas minha irmã lá, eu com horas de operada, irmã saiu, só voltou tarde da noite, bêbada de cair, precisei carregar ela, fazer eu uma comida, por ela na cama, e da 0 às 5 horas toquei tambor na cama dela e cantei para afastar espíritos porque me faziam mal, e toquei ela de manhã e não me apareça mais.

Não quis a mãe porque fica encima de mim. Ai isso, ai aquilo, minha mãe é minha sombra, não quis contar para ela. Desde pequena, qualquer coisa comigo, ela reagia como se fosse ela, se a senhora lesse 3 páginas do diário dela: meu amor, luz da minha vida, brilho da minha existência... é tão avassalador! Tive uma visão de pequena que fui trabalhando, distanciando da mãe – era tão grande e tão exigente e avassaladora, eu não podia tirar 9, só 10, senão de castigo, fui 10 de cabo a rabo, do primeiro ao último ano, o grau só podia ser excelente – menos que excelente não aceitava, ela não suportaria outra frustração de câncer.

Tinha uma visão de pequena, desde os 3 anos – eu escutava um barulho, e vinham nuvens cinza rolando e surgia uma dor insuportável dentro do queixo, minha boca ficava dura e essa nuvem passava por mim. O significado... fiz trabalho com essa visão, aí a completei, eu atravessava a nuvem e ela acabava. Faz parte do meu caminho passar por essas nuvens negras que me paralizam. Atravessei ela, sonhando com lucidez, do outro lado tem luz de novo, céu azul, e tenho força, capacidade para passar por ela sem me destruir.

Ela representava uma palavra: avassaladora. Uma força avassaladora, uma força incontrolável. Minha mãe é um drama de controle, é o drama psicológico, ou você é dona do controle ou não, ela era muito controladora e implacável na impecabilidade dela, do objetivo dela de educação. Ela olha, muxa a borboleta. Podia estar no portão, ela perguntava: você estudou 9 horas de piano... Não, só 7, então volta. Obrigação em primeiro lugar.

Comigo não, emoção primeiro, obrigação segundo.

Não quero rigidez para mim, faço um trabalho forte para quebrar padrões rígidos, de não ter um sistema de crenças vigentes, TV, regras, moda.

Se a gente vive longe de não querer mal ao outro, não quero ao outro o que não quero para mim. Não tenho ambição.

Com amigas- sem falsa modéstia... Todos exigem minha presença nos lugares, porque adoro gente. Vivo sozinha, meu filho desde os 18 anos, pus fora, vai viver tua vida, só com minha gataiada. Mas recebo gente do mundo inteiro, tenho uma rede de amigos, e as pessoas me querem, para eu ir abençoar noiva, nenê, eu ajudo na passagem, no hospital. Não tenho sossego, mas adoro isso. Não tenho problema com as pessoas.

O que quero para meu filho... que ele seja feliz. Todos em casa brigavam comigo porque ele não quis estudar, ele detesta estudar, eu concordei, porque ele é um ser do ar, tem vida de peão, é motorista, mas o cara mais sossegado. Ele passou muito, sabe de toda a história dele, escrevi um livro, ele sabia que era dele, fez ludoterapia mais terapia por 8 anos, falam que ele que me adotou, não eu a ele, nos tratamos com clareza absoluta, o caminho do amor é na minha porta, mas o que é dele, é dele. De pequeno, brigas, decisões que tomei e hoje não tomaria, recapitulo. Assim que o pai dele morreu, um amigo psiquiatra, na noite do crime, me falou para tirar ele da casa, não ir ao enterro, e fiz, estava cega, tomando providências, louca, eu queria cremar, a família dele não, naquela hora abandonei meu filho, não deixei ele lidar com a morte e ver o pai dele porque não tive tempo de refletir, muita pressão. Tirei ele da escola, pus na Waldorf, sem perguntar para ele se queria ir. Igual mãe fez comigo. E fui no piloto automático.

Para vencer o câncer, primeiro e em absoluto a minha fé. Segundo, tinha certeza que não ia morrer disso, sabia que era uma passagem para eu sentir e não ficar falando o que não sei. Terceiro, experimentamos os tratamentos, a quimioterapia, a

radioterapia, me trouxe um conhecimento incrível para compartilhar com as pessoas. Para ensinar e não falarem só, porque eu passei.

Até o câncer, hoje sei bem, foi um processo de auto-conhecimento. Primeiro veio falar: pára. Atendi por anos das 7 às 0 horas, só trabalhava, trabalhava, e foi um pára e quebra tuas crenças, volta tudo, começa tudo de novo. Porque acredito que sobreviventes vão ser pequenas comunidades, plantando, se curando, se ajudando, da cura do sistema de crenças, acho muito importante. E estava trabalhando só individualmente, aí parou tudo.

Antes do câncer, um ano antes, eu trabalhei com muitas mulheres com câncer de mama, atendi muitas mulheres, e nas cerimônias que participava, nos EUA, Bolívia, Croácia, só vinham mulheres com câncer de mama, eu pondo meu conhecimento, atenção, carinho, mas algo não sabia do câncer de mama. E em abril de 2002 fui fazer uma dança, cerimônia só de mulheres, as mulheres tecem suas teias para o próximo ano (Teia da vida), éramos 13, duas mulheres com câncer de mama, outra mãe de uma delas havia morrido havia 20 dias, e grande amiga com irmã belíssima, riquíssima, fez de tudo e morreu de câncer de mama, meio que me rodeou. Ganhei chapéu enfeitado lindo, essa amiga com colares especiais de cura, ganhei presentes fabulosos, tudo de câncer de mama, aí fiquei imaginando: o que será que isso quer me dizer... mas é assim, a gente nunca sabe de nada, os meses se passaram, eu dando aula de cristais de cura, e escaneando meu corpo, vi o tumor, eu já sabia que era, à Direita, vi ele e a metástase (no mediastino).

Ai terminou o grupo, fiquei quieta, mas no dia seguinte fiz mamografia, liguei para uma escritora famosa, grande amiga, fui com tudo esquematizado, falou de um médico que veio dos EUA, grande intuição, o mastologista que me tratou. Minha visão foi na quarta-feira, fiz a mamografia na sexta e a médica me falou: você já

sabe, né... Falei, sei. Na segunda fui no mastologista, foi um encontro de almas, fiz biópsia em uma semana, com os resultados, mastectomia radical, e falei: tem outro ponto. Ele falou, não. Falei, tem metástase. Ele acatou, eu não tinha nenhum plano de saúde, ele pos a mão na cabeça, o que vou fazer com você. Aí D. Violeta Jafet. Amiga que atendi anos, e ganhei como não pagante o resto da vida, rezei muito, clamei ao espírito que aceitava ser operada. Fiz cirurgia, Qmt, Rdt, não paguei um real, "60 injeções de granuloquina, grande bênção, por isso reconheço que foi um rito de passagem.

Tinha uma paciente antiga com esclerose múltipla, quando fui por cateter, algo anestesiou meu braço e tive a experiência do que é ter um membro morto, agradecimuito a Deus. Foram passos importantíssimos, e na mesma noite da visão do tumor (swetembro 2002) passei e-mail para meu professor e falou que eu ia entrar em um caminho de recomeço para unir duas medicinas: do branco e do índio, que é da energia.

Na noite anterior um pajé fez pajelância toda a noite, fizemos um grande trabalho, muita fumaça, erva, canto, me "operaram" energeticamente. Entrei na cirurgia, eu não queria ficar mais de 24 horas no hospital, sai e fui para a montanha em uma semana, e dancei 3 dias e 3 noites para agradecer e me preparar para a Qmt. É uma dança anual, meu compromisso, no meio do mato, cheia de dreno, fui e deu tudo certo.

O câncer é o terrorismo, o mundo vai precisar da minha sabedoria e conhecimento, como posso falar o que não experimentei...

Minha decisão de fazer mastectomia e não reconstruir foi minha, porque não fico apegada a detalhes, visão ampla, 56 anos, já tive vida sexual (maravilhosa, agora se aparecer alguém, tudo bem, senão também tudo bem, vida cheia, e a maior

morbidade para ter um peito que não era meu, porque sempre tive muito orgulho na vida eram meus peitos, eram divinos, para ser um mais ou menos eu não queria. Hoje, se arrumar um cara com 55 anos, não vai querer meu peito, amadurecimento mesmo, e não fica só naquilo, e mais cirurgia, e sem sensibilidade, queria algo mais rápido para logo dançar e viajar, enterrei meu peito numa conexão forte com a terra, me devolveu, é meu, também minha pedra no rim, não deixo para ninguém não.

Agora preciso ir embora.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)