



Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama

Relationship between the experience of stressor factors and the emergence of breast cancer

Mary Anne Pasta Amorim^[a], Keila Zaniboni Siqueira^[a]

^[a] Departamento de Ciências Naturais, Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC - Brasil, e-mail: amorim@furb.br; keila_siqueira@furb.br

Recebido: 10/11/2011
Received: 11/10/2011

Aprovado: 29/05/2012
Approved: 05/29/2012

Resumo

Introdução: O câncer de mama é uma das principais causas de mortalidade entre mulheres do Brasil e do mundo, e o segundo tipo de neoplasia mais frequente. **Metodologia:** pesquisa do tipo descritiva, cujos dados foram coletados através de um questionário. A amostra foi formada por 70 mulheres frequentadoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama, em Blumenau. **Objetivo:** verificar a relação entre a vivência de fatores estressantes e o surgimento de câncer em mulheres frequentadoras dessa rede de apoio, podendo assim levantar dados que possibilitem o desenvolvimento de mecanismos de profilaxia. **Resultados e discussão:** Nesse sentido, 76% das mulheres entrevistadas afirmaram ter passado por eventos estressantes antes do surgimento do câncer de mama, e 79 % destas acreditam que a vivência influenciou no surgimento do seu câncer. Os tipos de fatores estressantes citados foram familiar (79%), perda de ente querido (34%), financeiro (15%), doença própria ou de ente querido (11%), trabalho (08%), questão hormonal da menopausa (04%) e sequestro (02%). Constatou-se a presença de recidiva em 10 frequentadoras, das quais apenas quatro correlacionaram com a vivência de novos fatores estressantes. **Considerações finais:** Os fatores estressores psicossociais têm sido associados com a liberação demasiada de cortisol, com a diminuição da função imunológica e o aumento da susceptibilidade a infecções e neoplasias, tais como o câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama. Estresse. Rede de apoio social.

Abstract

Introduction: Breast cancer is a major cause of mortality among women in Brazil and also the world, and is the second most common type of cancer. **Methodology:** descriptive research with data collection by way of a questionnaire. Sample comprised 70 women attending the Women's Network against Breast Cancer in Blumenau, who agreed to answer the questionnaire. **Objective:** To investigate the relationship between the experience of stressors and the onset of cancer in women denizens of this Network Women and the influence of the stressors experience to the emergence of the disease, to enable the development of mechanisms for caution and careful prior to prevent it. **Results and Discussion:** In this sense, 76% of respondents reported they have experienced stressful events before the onset of breast cancer, with 79% of them declaring these

experiences influenced the emergence of the cancer. The types of stressors mentioned were family (79%), loss of loved one (34%), financial (15%), illness of self or loved one (11%), work (08%), menopause hormone issue (04%) and kidnapping (02%). It was noted the presence of recurrence in 10 participants and only 04 correlated with the experience of new stressors. Conclusion: The psychosocial stressors have been associated with excessive release of cortisol, with decreased immune function and increased susceptibility to infections and cancers such as breast cancer.

Keywords: Breast cancer. Stress. Social support network.

Introdução

O câncer pode ser definido como uma doença degenerativa que se desenvolve no próprio organismo (Bandeira & Barbieri, 2007), resultante de um acúmulo de lesões no material genético das células, que induz ao processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal destas com controle alterado sobre a proliferação e morte celular (Marques, 2004). O câncer é uma doença de proporções graves, colocando em risco a vida do indivíduo e podendo afetar qualquer parte de seu organismo, sem predisposição de idade e de maneira quase igualmente proporcional em ambos os sexos (Marques, 2004).

Qualquer célula de nossos órgãos se divide constantemente pelo processo de mitose, havendo assim um crescimento e uma renovação constante destas. Entretanto, em determinados períodos e por razões ainda não totalmente compreendidas, certas células se dividem sem controle de crescimento, desencadeando o aparecimento de massas celulares chamadas de tumores ou neoplasias (Fontanella, 2003).

No decorrer da vida as células anormais, neoplásicas ou não, surgem diversas vezes, sendo identificadas e destruídas pelo sistema imunológico. Em algum momento, este processo se modifica, com alterações no reconhecimento dessas células anormais e, conseqüentemente, falha nos mecanismos da imunidade antitumoral. Diversos fatores são citados como resultantes deste processo, sendo denominados agentes promotores (Bandeira & Barbieri, 2007). Para que ocorra o desenvolvimento e crescimento do tumor, se faz necessária a atuação de tais agentes promotores (Volpi & Souza, 2004).

O desenvolvimento clínico e a sobrevida das pacientes dependem de diversos fatores como, por exemplo, a diferença na velocidade de duplicação tumoral, potencial de metástase do tumor e

a condição imunológica, nutricional e psicológica da portadora (Abreu & Koifmann, 2002).

O câncer de mama é uma enfermidade muito temida entre as mulheres pelo fato de acometer uma parte valorizada do seu corpo que, em muitas culturas, desempenha uma função significativa de sexualidade e identidade como mulher (Regis & Simões, 2005; Ramos & Lustosa, 2009). Sendo considerado um símbolo de saúde e fertilidade em todas as etapas da vida feminina (Vieira, Lopes e Shimo, 2007), o comprometimento da mama expõe a mulher a uma série de questionamentos com relação a sua feminilidade e, nos períodos de amamentação, (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni e Rennó Júnior, 2006), associados à imagem de mutilação, invasão de intimidade, perda do desejo sexual e alteração da aparência (Comin, Santos e Souza, 2009).

Por ser uma doença com tratamento de médio a longo prazo e que, em muitas vezes, resulta em mutilação ou óbito, as mulheres mostram-se afetadas no âmbito biológico, espiritual, social e psicológico (Barbosa, Ximenes e Pinheiro, 2004).

Atualmente, o câncer de mama é uma das principais causas de mortalidade entre as mulheres do Brasil (Silva et al., 2002) e, segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca, 2010), é o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo, correspondendo a 22% dos novos casos a cada ano.

O quadro clínico é agravado quando seu diagnóstico é realizado em fase tardia, como na maioria das vezes, especialmente nas classes com menor poder aquisitivo (Abreu & Koifmann, 2002). Tem primeiro lugar em incidência entre mulheres (Vieira et al., 2007), sendo que estas apresentam chance em torno de 12,5% de desenvolvê-lo ao longo da vida (Cantinelli et al., 2006). A sobrevida média é de 61% após cinco anos, na população mundial (Inca, 2010).

Os casos de morbidade do câncer de mama alcançaram o número de 41.610 ocorrências em 2003 (Fernandes & Mamede, 2004; Regis & Simões, 2005). Em 2005, foram esperados 49.470 novos casos (Cantinelli et al., 2006). No ano seguinte, relatou-se 48.930 novos casos (Araújo et al., 2007; Pinheiro, Silva, Mamade e Fernandes, 2008). Em 2008, foram atendidos 49.400 novos casos (Ramos & Lustosa, 2009) e, para 2010, a previsão final era de 49.240 novos casos (Inca, 2010).

Apesar do visível aumento do número de casos de câncer de mama, um diagnóstico mais exato e um melhor entendimento sobre os mecanismos relacionados à doença, desenvolvimento e incorporação de novos agentes terapêuticos e pela qualidade de vida vêm sendo aprimorados (Fernandes, Calabrich e Katz, 2009).

Estudos apontam que, mesmo presentes no organismo, as células cancerosas não são suficientes para gerar a manifestação e proliferação da doença, tornando necessária um fator desencadeante - químico, físico ou emocional (Gomes, Panobianco, Ferreira, Kebbe e Meirelles, 2003). Silva & Zurrída (2000) descreveram que 66% das mulheres com câncer de mama não apresentam fatores de risco conhecidos.

Entre os fatores fisiológicos de risco que não podem ser alterados estão a idade, o histórico familiar, a menarca precoce, a idade da primeira gestação, a nuliparidade, os fatores hormonais e a menopausa tardia (Dias, Caleffi, Silva e Figueira Filho, 1994; Santos, 1997; Silva & Zurrída, 2000; Fontanella, 2003; Thuler, 2003; Miranda, 2004; Cantinelli et al., 2006; Bandeira & Barbieri, 2007; Ramos & Lustosa, 2009; Tiezzi, Valejo e Pimentel, 2009; Inca, 2010; Nci, 2010). A idade é um dos fatores mais relacionados, pois com o aumento da mesma, há um aumento rápido da incidência do câncer (Ramos & Lustosa, 2009). Esta é maior em mulheres em idade reprodutiva, sendo raro seu diagnóstico em pacientes antes dos 25 anos de idade (Cantinelli et al., 2006).

O histórico familiar é um importante fator de risco, principalmente com presença de diagnóstico comprovado em parente de primeiro grau, antes dos 50 anos de idade (Ramos & Lustosa, 2009). Entretanto, segundo Dias et al. (1994), pelo menos 80% da incidência de câncer de mama é decorrente de fatores ambientais, onde

a hereditariedade provavelmente será um fator secundário.

Entretanto, entre os fatores que aumentam o risco de desenvolver o câncer de mama e que poderiam ser controlados no decorrer da vida, estão hábito etilista e tabagista, exposição a radiações ionizantes em idades inferiores a 35 anos, uso de contraceptivo oral, reposição hormonal, obesidade e exposição a poluentes, pesticidas e organoclorados (Silva & Zurrída, 2000; Fontanella, 2003; Thuler, 2003; Bila & Dezotti, 2007; Araújo et al., 2007; Ramos & Lustosa, 2009; Fernandes, et al., 2009; Inca, 2010; Nci, 2010).

Fator altamente associado, o alcoolismo (Inca, 2010), dose-dependente em consumos acima de 60g por dia, pode aumentar o risco em 9%. O álcool pode levar à deterioração do sistema imune e depleção de certos nutrientes essenciais. Isto se deve ao fato de que realiza ação indireta por meio de metabólitos com potente ação carcinogênica e mutagênica. Além disso, em mulheres alcoólatras, o aumento dos níveis de estrogênio pré-menopausa também pode estar associado (Cantinelli et al., 2006; Nci, 2010).

A associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco de câncer de mama ainda é controversa. Todavia, estudos demonstram que podem estar mais predispostas as mulheres que usaram elevadas dosagens de estrogênio ou que fizeram uso de contraceptivos por longos períodos antes da primeira gestação ou em idade precoce (Inca, 2010). O uso da reposição hormonal pós-menopausa parece aumentar o risco (Doncatto, Ascoli e Dias, 2007), portanto deve ser recomendada levando em consideração o histórico familiar de câncer de mama, antecedentes pessoais de lesões mamárias atípicas e de doenças auto-imunes (Ramos & Lustosa, 2009).

Para Dias et al. (1994), os fatores comportamentais ou psicossociais podem ser considerados como causa-efeito do câncer, sendo independentes ou contribuintes para o processo de adoecer. Entre a variedade de fatores psicossociais ou comportamentais que precedem a enfermidade, estão situações de perda significativas, conflitos pessoais e familiares, dificuldades nos relacionamentos conjugais, familiares, financeiros ou sociais, dificuldades em lidar com impulsos agressivos, tendências à negação, desemprego, vivências de isolamento, repressão de afeto e frustrações

(Regis & Simões, 2005; Bandeira & Barbieri, 2007; Vieira et al., 2007).

Estudos incluem o estresse ou eventos estressores como um dos agentes promotores do câncer de mama (Abreu & Koifmann, 2002; Bauer, 2002; Volpi & Souza, 2004), pois está associado com a capacidade de resistência que a pessoa apresenta frente aos choques emocionais e às adversidades do meio externo (Stumm, Maçalai, Leite e Loro, 2009). Outras dependências consistem no tipo, na intensidade e no impacto de estresse no qual a pessoa é submetida e de sua personalidade e estratégias utilizadas para enfrentamento (Maia, 2002).

O estresse é caracterizado por qualquer estímulo capaz de provocar no organismo o aparecimento de um conjunto complexo de respostas comportamentais, orgânicas, mentais e psicológicas (Volpi & Souza, 2004). Selye (1936) descreveu inicialmente a relação entre estresse e doença, sugerindo que estressores crônicos podem levar o corpo à exaustão do sistema imunológico.

Diversos autores indicam que pessoas deprimidas, ou que passaram por estresse severo, podem ter sua resposta imune reduzida, o que propicia o câncer. Esse fato pode inclusive aumentar a sobrevivência de células anormais no momento em que o corpo encontra-se menos capacitado a destruí-las, gerando o estabelecimento de tumores (Marques, Solis, Neto, Lotufo e Prado, 2001; Bizarri, 2001; Abreu & Koifmann, 2002; Silva et al., 2002; Volich, 2002; Maia, 2002; Bauer, 2002; Seguin, Roland e Sampaio, 2004; Volpi & Souza, 2004; Calábria & Calábria, 2005; Soares & Alves, 2006; Bandeira & Barbieri, 2007; Vieira et al., 2007; Santos et al., 2009; Stumm et al., 2009; Farago, Ferreira, Reis, Gomes e Reis, 2010; Nci, 2010).

O estresse interfere no sistema imunológico através de conexões nervosas e endócrinas neuropeptídias, favorecendo à função imune com reflexos no comportamento e nas respostas neuroendócrinas. Tal evento causa imunossupressão através da interrupção da síntese proteica, incluindo a síntese de imunoglobulinas (anticorpos) e alterações plasmáticas periféricas de eosinófilos, linfócitos e macrófagos (Stumm et al., 2009).

Fisiologicamente, o corpo responde, primeiramente, ativando o sistema neuroendócrino, onde ocorre a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

(HPA). As glândulas suprarrenais passam a produzir e liberar hormônios relacionados ao estresse, como cortisol, noradrenalina e adrenalina, que podem levar à imunossupressão (Graeff, 2003). Após o contato inicial, pode ocorrer uma adaptação do organismo e reparação dos danos causados pela reação de alarme, reduzindo os níveis hormonais. Se este estímulo estressante acontece de forma aguda pode levar o organismo à exaustão, com disfunção das defesas imunológicas. Por outro lado, se essa condição se torna repetida e crônica, seus efeitos se multiplicam em cascata, desgastando o organismo e levando assim ao surgimento de doenças (Selye, 1936; Soares & Alves, 2006).

A resposta fisiológica ao estresse, pelo acionamento do eixo HPA, desencadeia a cascata de liberação do hormônio liberador de corticotropina (CRH), no hipotálamo. Este estimula a hipófise anterior à produção do hormônio adenocorticotrópico (ACTH) que, por sua vez, ativa o córtex da glândula suprarrenal à produção de corticosteroides, principalmente o cortisol (Maia, 2002).

O cortisol é um hormônio importante no preparo do organismo frente a situações adversas de perigo, denominado “luta e fuga” (Joca, Padovan e Guimarães, 2003). Uma desregulação na sua produção desempenha função extremamente significativa na saúde, como contribuinte à morbidade, severidade e mortalidade no processo do câncer de mama (Soares & Alves, 2006). Sua produção e segregação aumentam em quantidades crescentes durante e após a exposição aos estressores (Meyer & Silva, 1999; Marques, et al., 2001).

O cortisol influencia o sistema imune através da distribuição dos leucócitos pelos tecidos, pois se liga aos seus receptores no interior de tais células regulando sua migração. Ocorre, assim, um aumento expressivo do número sanguíneo de neutrófilos, diminuição da proliferação e contagem linfocitária e da fagocitose (Bauer, 2002). As linfocinas ativam receptores específicos nos monócitos e na zona do hipotálamo, tais como receptores para linfócitos T (Seguin et al., 2004), fazendo com que a célula T reguladora tenha atividade diminuída e, conseqüentemente, causando privação do organismo de suas defesas eficazes (Bandeira & Barbieri, 2007).

Além disso, altera a produção de citocinas que são liberadas pelos macrófagos. As citocinas são

proteínas que possuem ação regulatória, ativando o mecanismo endócrino de controle do sistema imunológico e resposta da fase aguda, principalmente através do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e interleucinas 1 (IL-1) e 6 (IL-6) (Meyer & Silva, 1999).

O cortisol também diminui a quantidade circulante de células B e **células T-helper** (CD4+), com consequente diminuição da relação entre o TCD4+ e células T- supressoras/citotóxicas (CD8+), diminuição da proliferação a mitógenos, diminuição da atividade de células Natural Killers (NK) e aumento do número de células TCD8+ e NK (Marques et al., 2001).

Tem sido relatado que as síndromes depressivas e o estresse provocam alterações linfocitárias que influenciam na produção de anticorpos e endolinfas (Seguin et al., 2004). O fato proporciona diminuição na atividade de NK, aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias, em especial a IL-6, e de contagens de células circulantes. Consequentemente, afeta a vigilância imunológica contra os tumores, reduzindo assim a destruição de células tumorais (Cantinelli et al., 2006; Bandeira & Barbieri, 2007). A influência negativa do cortisol, com diminuição das defesas do organismo, é apontada como fator de risco ao desenvolvimento e ao progresso do câncer de mama (Bauer, 2002).

Frequentemente as pessoas passam por eventos estressantes no decorrer da vida aos quais respondem de maneiras diversas, demonstrando maior ou menor suscetibilidade no seu enfrentamento. Cada reação acarreta respostas específicas de seu organismo, podendo dar início a transtornos psicológicos, psiquiátricos e até mesmo ao desenvolvimento de doença. Além disso, pode ocorrer o desenvolvimento de um estado psicológico de irritabilidade, dificuldade de concentração, distúrbio de sono e apetite, hábitos de tabagismo e etilismo, nervosismo e diminuição na prática de exercícios físicos (Volpi & Souza, 2004; Soares & Alves, 2006).

Mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama tornam-se duramente atingidas pela doença e pelo tratamento, tanto física como social e psicologicamente. Além do estigma do diagnóstico da enfermidade, precisam de um grande esforço para lidar com as limitações, mudanças na sua imagem corporal e alterações nos planos de vida já traçados (Stumm et al., 2009).

O retorno às atividades cotidianas como o trabalho, maior proximidade e dedicação à família e a si própria, inclusão em obras sociais, envolvimento em centros religiosos, participação de grupos de apoio a mastectomizadas, entre outros, tem sido de grande auxílio (Regis & Simões, 2005). A participação em redes de grupos de apoio é utilizada tanto num enfoque social como na reparação dos problemas causados pelos tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia, pois nelas as participantes encontram o atendimento de vários profissionais da saúde, tais como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, além de muitas voluntárias. Tal apoio tem como finalidade minimizar as dores sentidas e esclarecer dúvidas quanto a questões diárias, bem como reduzir ou controlar o edema nos braços e restaurar a mobilidade das articulações dos ombros, contribuindo assim para a reabilitação física, social e psicológica da nova condição de vida (Dias et al., 1994).

Adicionalmente, o apoio social de amigos, família, colegas de trabalho ou de grupos de apoio, exerce efeitos sobre o sistema imunológico e fortalece a autoconfiança, aumentando a capacidade de enfrentar as situações adversas (Ramos & Lustosa, 2009).

Vários autores comprovam a eficácia de grupos de apoio no ajustamento psicossocial da mulher acometida pelo câncer de mama, sendo referidos como fator protetor e recuperador de sua saúde, pois ali se encontram pessoas em igual situação e que a impedem de desistir. Aprendem, ainda, a lidar com as fases de tratamento, enfrentando a doença com muito mais facilidade (Ramos & Lustosa, 2009; Stumm et al., 2009).

A participação em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes propicia às mulheres o reconhecimento de que, unidas, podem transpor barreiras e superar limites (Pinheiro et al., 2008). Apresenta, além disso, a possibilidade de discutirem abertamente sobre temas relacionados à doença que dificilmente partilhariam com outros (Comin et al., 2009). As participantes sentem-se motivadas a evitar a solidão, minimizando a doença pela opinião e sugestão de outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas. A abordagem médica e psicológica específica do câncer de mama aumenta suas autoestimas, levando-as a discutirem e refletirem sobre seus objetivos na

reabilitação no que diz respeito à realização pessoal (Gomes et al., 2003).

Na constatação do câncer de mama algumas mulheres buscam o entendimento do surgimento da doença, por vezes buscando em seus próprios comportamentos passados uma explicação. Diante disto, muitas mulheres tomam a consciência de quanto cuidado com elas mesmas e com sua saúde foi deixado em segundo plano (Regis & Simões, 2005).

Neste contexto, a problemática do presente estudo foi correlacionar a vivência de fatores estressantes e o surgimento do câncer de mama nas mulheres frequentadoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama de Blumenau – SC.

Para tanto, pretendeu-se verificar a influência da vivência de fatores estressantes e o surgimento do câncer de mama; enumerar os tipos de fatores estressantes vivenciados e constatar a presença de recidiva, correlacionando-a com a ocorrência de novos fatores estressantes.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa e perspectiva sociocultural que favorece a compreensão das ações, reações, aspirações, crenças e experiências de vida de mulheres com câncer de mama que participaram de grupos de apoio.

Para tanto, participaram desta pesquisa 70 mulheres frequentadoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama, em Blumenau, que aceitaram responder ao questionário. A associação presta atendimento com profissionais de diversas áreas e um grupo de voluntárias, desenvolvem atividades como tratamento fisioterapêutico, atendimento psicológico, grupos de dança e de recreação, trabalhos manuais, entre outros.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas, aplicado em horários previamente agendados. Após a obtenção dos questionários respondidos, foi realizada uma leitura exaustiva dos dados com a finalidade de ordenar as ideias e conteúdos convergentes e divergentes. Após, foram agrupados em tabelas separadas por vivência de fatores estressantes e tipos de fatores estressantes, tabulados e codificados para posterior análise.

Foram observados os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), submetendo o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Fundação Universidade Regional de Blumenau/FURB, sob o Parecer Consubstanciado 46/2010. As participantes do estudo foram informadas da importância de sua participação na pesquisa, da segurança de seu anonimato - identificando-as por meio de números, e de sua liberdade para desistir se assim decidissem. As mulheres que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando cientes de que os dados seriam agrupados e apresentados e/ou publicados em veículos de propagação científica.

Resultados

De um total de 130 frequentadoras da rede feminina, 70 mulheres responderam ao questionário. Dentre suas características, foi observada a faixa etária variável entre 39 e 79 anos. Referente à naturalidade, 84,5% das participantes são provenientes de Santa Catarina (sendo 25,3% de Blumenau), 12,7% são de outros estados e 1,4% **é de outro país**. Com relação ao estado civil, 42 (59,1%) das entrevistadas declaram-se casadas, 14 (19,7%) viúvas, 05 (7%) solteiras, 05 (7%) divorciadas e 03 (4,2%) separadas.

A maioria das frequentadoras cursou apenas o ensino fundamental, representando um total de 58,6% pesquisadas, enquanto que 27,1% cursaram o ensino médio, 11,4% cursaram o ensino superior e 1,4% se declarou sem alfabetização.

Segundo a religião das frequentadoras, 55 são católicas, 12 são evangélicas, 02 são espíritas e 01 é protestante.

Pertinente ao hábito tabagista antes da constatação do câncer de mama, 55 não fumavam enquanto 15 o faziam anteriormente à constatação da doença. Sobre o consumo de álcool, 13 consumiam bebidas alcoólicas socialmente, 56 não consumiam e 01 não respondeu.

Quanto à história familiar, apenas 02 das mulheres entrevistadas relataram apresentar casos de câncer de mama na família, em mãe ou irmã. Quanto ao tempo do diagnóstico do câncer de mama, 66

mulheres o tiveram após os 40 anos de idade, representando 94% da amostra.

Em relação ao tratamento realizado, 11 mulheres realizaram apenas sessões de quimioterapia, 13 realizaram apenas sessões de radioterapia, 32 precisaram realizar ambas, 02 realizaram quimioterapia associada a outro tratamento, 01 realizou radioterapia associada a outro tratamento, 06 precisaram realizar sessões de quimioterapia e radioterapia associadas a outro tratamento, 01 realizou apenas outro tratamento, 04 não precisaram realizar nenhum tratamento. No tratamento de quimioterapia, 51 participantes realizaram de 05 a 21 sessões; no de radioterapia, a quantidade de sessões realizadas variou entre 25 e 100 sessões.

Das entrevistadas, 64 realizaram o procedimento de mastectomia total ou parcial e 06 não precisaram realizar tal procedimento, demonstrando assim a agressividade da doença.

Com relação à recidiva, 59 frequentadoras não apresentaram e, 10, sim, sendo que 06 tiveram recidiva de mama e 02 em outro órgão como o pulmão; uma frequentadora não respondeu à questão.

Das 10 entrevistadas que apresentaram recidiva, 05 afirmam que não passaram por novo evento estressante, 04 afirmam ter passado por novos eventos que consideram estressantes e 01 não respondeu. Três das participantes acham que a vivência desses eventos influenciou na recidiva e cinco delas acham que talvez tenha influenciado.

Do total de 70 mulheres entrevistadas, 75,7% confirmaram ter passado por eventos que consideravam estressantes antes de constatar o câncer de mama, enquanto apenas 24,2% afirmam não ter passado por eventos estressantes ou não se lembram.

Dos principais fatores relatados como evento estressante estão familiar (79%), perda de ente querido (34%), financeiro (15%), doença sua ou de ente querido (11%), trabalho (08%), sequestro (02%), não soube responder (02%) e questão hormonal da menopausa (04%). No que diz respeito ao número de fatores vivenciados, 22 participantes relacionaram mais de um evento.

Destas mesmas 53 entrevistadas, 43 afirmam e concordam que a vivência de tais fatores influenciou no surgimento de seu câncer de mama. Apenas oito acham que estes eventos não influenciaram, uma não respondeu e uma não se lembra.

Discussão

O surgimento do câncer de mama está relacionado com diversos fatores de risco, tanto fisiológico como vivenciados no decorrer da vida e que predis põem as mulheres ao desenvolvimento do tipo de neoplasia em questão. Alguns desses dados foram confirmados pela presente pesquisa.

Entre os fatores de riscos fisiológicos não passíveis de alterações está a idade. A literatura demonstra que mulheres acima dos quarenta anos apresentam um importante fator de risco do câncer de mama (Ramos & Lustosa, 2009), o qual aumenta com o avançar da idade (Inca, 2010). Este é, em muitos casos, o único fator de risco encontrado (Thuler, 2003). Tal fato também é confirmado pela presente pesquisa, onde 94% das pesquisadas apresentaram o surgimento do câncer de mama após os 40 anos.

Um fator interessante e questionável é o histórico familiar, uma vez que mulheres que apresentam **mãe, irmã ou filha com câncer de mama**, acometidas antes dos 50 anos (Ramos & Lustosa, 2009), possuem maior risco de desenvolver a doença. Segundo Inca (2010), o histórico familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama. Entretanto, Fontanella (2003) e Thuler (2003) relatam que apenas cerca de 5% a 10 % dos cânceres de mama são de caráter familiar. Esse dado está de acordo com nossos resultados, demonstrando assim a possível baixa incidência nas mulheres avaliadas, pois apenas 02 frequentadoras apontaram ter histórico familiar presente.

O nível sociocultural apresentado pelas frequentadoras também revela influência sobre o surgimento do câncer de mama. Nossos dados demonstram que a grande maioria delas (58,57%) cursou apenas o ensino fundamental. Segundo Dias e colaboradores (1994), as pessoas que apresentam baixo nível educacional são menos esclarecidas sobre medidas preventivas, ocasionando atraso no diagnóstico.

Os hábitos presentes na vida das mulheres também afetam o possível surgimento do câncer de mama, como no caso dos hábitos etilistas encontrados em 13 mulheres. Para Giuliano (1998) e Inca (2010), o consumo de álcool pode aumentar o risco de câncer de mama, mesmo sendo em quantidades moderadas.

O câncer de mama é uma doença que pode ter tratamento muito variável, assim como verificado pelo fato de 64 das mulheres entrevistadas terem de realizar o procedimento de mastectomia parcial

e/ou radical, e apenas quatro não precisaram realizar quimioterapia e/ou radioterapia e/ou outro tratamento.

Sendo o foco da pesquisa a relação entre a vivência de eventos estressantes e sua influência no surgimento do câncer de mama, pudemos analisar os discursos das frequentadoras através dos autorrelatos contidos nos questionários. Observaram-se neles os conflitos domésticos vivenciados, como os sofrimentos familiares e discussões conjugais, eventos muito estressantes e que envolvem grandes desgastes, gerando adoecimento por somatização dos problemas (Farago et al., 2010). Moreira (2003) afirma que uma pobre relação conjugal ou relações perturbadas estão associadas à depressão e a diminuição das respostas imunológicas.

Segundo Fernandes & Mamede (2004), o cotidiano também pode ser atribuído como causa do câncer de mama, onde a qualidade de vida é colocada em questão. Fernandes & Mamede (2004) relatam a experiência de pessoas que tiveram câncer e, durante suas vidas, precisaram conter emoções, apresentando sintomas depressivos e agressivos com influências de elementos externos e dificuldade em lidar com os sentimentos. Com isso, altos níveis de endorfina eram liberados na corrente sanguínea, desencadeando a produção de fenômenos psicossomáticos, como nos relatos.

A perda de entes queridos também gera uma alteração fisiológica negativa no sistema imunológico, com liberação de catecolaminas na corrente sanguínea e diminuição na função das células T e NK, causando no indivíduo um estado de estresse e esgotamento físico (Maia, 2002; Volpi & Souza, 2004).

O medo coloca o corpo todo em estado de alerta e desencadeia inúmeras reações, como a liberação adrenérgica que aumenta uma série de atividades fisiológicas (Volpi & Souza, 2004), acarretando a supressão do sistema imunológico e, conseqüentemente, estados patológicos (Soares & Alves, 2006).

Enfrentar dificuldades gera nervosismo e ansiedade, como verificado no fator problemas financeiros, pois induzem a liberação de alta dose de catecolaminas na corrente sanguínea, desencadeando diminuição na função das células T e NK (Volpi & Souza, 2004; Maia, 2002).

A vivência de fatores estressantes traz um quadro de distúrbios físicos e emocionais que alteram

a homeostasia interna do organismo, podendo assim desenvolver efeitos nocivos (Joca et al., 2003). Esses fatores podem levar à depressão, que desencadeia diversas respostas moleculares e imunológicas, suprimindo o sistema imune e deixando-o mais suscetível ao aparecimento de doenças (Gusmán & Bermúdez, 2009).

A incapacidade de lidar com certas situações gera, muitas vezes, quadros depressivos (Fernandes & Mamade, 2004; Bandeira & Barbieri, 2007; Gusmán & Bermúdez, 2009), tendência a interiorizar sentimentos, tristezas, perturbações de sono, e diminuição de energia; fatores revelados por portadoras de neoplasias mamárias antes da constatação da doença (Farago et al., 2010).

A maneira como as mulheres vivem antes de serem acometidas também influencia no prognóstico da doença. Dispõem demasiada atenção a outros entes, tendo o papel fundamental de manter o bem-estar da família e responsabilizando-se por tudo. Este envolvimento em conflitos domésticos leva-as a negligenciarem sua saúde, deixando de lado seu próprio bem-estar, pois, culturalmente, a mulher é orientada a suportar sofrimentos, o que gera estresses e muita infelicidade (Fernandes & Mamade, 2004; Peres & Santos, 2007).

O cuidado com a saúde é recorrentemente deixado de lado por pessoas sob a influência de conflitos e fatores estressantes (Farago et al., 2010). Observa-se esse fato com mais frequência em pessoas de baixo nível educacional. Diferentes condições de pobreza, incluindo o acesso limitado às informações, a falta de esclarecimento sobre medidas preventivas e de adesão terapêutica, associados às condições médicas pré-existentes, podem agravar os problemas pelo diagnóstico tardio (Dias et al., 1994; Moreira, 2003; Fernandes & Mamade, 2004; Peres & Santos, 2007).

A condição de vida apresentada por pessoas de baixa escolaridade está, com frequência, atrelada à falta de emprego com boas posições. O trabalho tem impacto importante no âmbito psicológico das pessoas, pois exercer funções exaustivas e pouco remuneradas traz impactos negativos à saúde, gerando ansiedade e acúmulo de atividades (Farago et al., 2010).

A prática comportamental de pessoas depressivas e estressadas, relacionada à doença, produz um estado psicológico desagradável, predispondo a pessoa à irritabilidade, nervosismo, dificuldade de

concentração, distúrbios de sono e desânimo (Volpi & Souza, 2004). O estresse também pode levar a comportamentos não saudáveis, como alimentação deficitária e/ou comer demais, fumar ou abusar de drogas ou álcool (Nci, 2010). O hábito tabagista é associado como aliviador de tensões, desencadeando o aparecimento de tumores (Moreira, 2003), uma vez que todos estes eventos estão relacionados como fatores de risco ao surgimento de diversas doenças, inclusive o câncer de mama (Soares & Alves, 2006).

Além disso, a perda de entes queridos ou dificuldades financeiras muito amplas podem levar o organismo a se encolher fisicamente, devido ao fato de não saber lidar com tais eventos. Esse sofrimento faz com que haja diminuição da respiração das células e provoca tensão muscular crônica, o que decresce a energia do indivíduo, restringindo a mobilidade e aumentando a possibilidade da doença se manifestar (Volpi & Souza, 2004).

O estresse psicossocial depende muito da constituição do indivíduo, da sua autopercepção da situação e das reações de enfrentamento da doença, mais importantes do que o fato em si. Sendo nocivo a pessoas vulneráveis a ele e inócuos aos que apresentam uma índole de personalidade mais positiva (Moreira, 2003; Bandeira & Barbieri, 2007; Gusmán & Bermúdez, 2009).

Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo verificar a influência da vivência de fatores estressantes e o surgimento do câncer de mama; enumerar os tipos de fatores estressantes vivenciados e constatar a presença de recidiva, correlacionando-a com a vivência de novos fatores estressantes. Para tanto, foram entrevistadas 70 frequentadoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama de Blumenau - SC, das quais 66 mulheres (94 % da amostra) tiveram câncer após os 40 anos de idade.

Os resultados obtidos com as entrevistas, na tentativa de melhor compreender os efeitos da vivência de fatores estressantes e o surgimento do câncer de mama sofrido pelas frequentadoras, apontou que 76 % delas passaram por eventos estressantes antes do surgimento do câncer de mama, das quais 79 % afirmam que a vivência destes influenciou no surgimento da doença.

Os tipos de estressores citados foram familiar (79%), perda de ente querido (34%), financeiro (15%), doença sua ou de ente querido (11%), trabalho (08%), questão hormonal da menopausa (04%) e sequestro (02%). No que diz respeito ao número de fatores vivenciados, 22 participantes relacionaram mais de um evento.

Foi possível observar muitas semelhanças nas histórias de vida e a influência do aspecto biopsicossocial das mulheres acometidas pelo câncer de mama, pois a psicossomatização pode ocorrer em qualquer indivíduo que não saiba manejar a carga excessiva de fatores estressantes com que está lidando, o que pode ter influenciado significativamente no desenvolvimento do câncer.

Apenas 10 mulheres apresentaram recidiva de câncer (mama e pulmão). A taxa, **não** tão significativa, pode ser consequência de fatores como o tratamento realizado, tamanho e gravidade do tumor no período de descoberta e cuidados posteriores. Destas, 04 afirmam ter passado por novos eventos que consideram estressante, 05 afirmam que não passaram por novo evento estressante e uma entrevistada não respondeu, relacionando assim ao possível efeito do estresse o surgimento do câncer de mama.

Há diversos fatores que aumentam o risco de se apresentar câncer de mama, mas estes não o causam isoladamente. Assim, não há garantia de que pertencer ou não a um ou mais grupos de fatores de risco poderá ocasionar o desenvolvimento da doença. Grande parte das mulheres (97,14%) que desenvolvem câncer de mama, não possui histórico familiar nem se identificam com outros fatores de alto risco.

Não se pode afirmar que o estresse seja um fator desencadeante do câncer de mama, mas os resultados obtidos corroboram as ideias de diversos autores (Bizarri, 2001; Maia, 2002; Volpi & Souza, 2004; Marques, 2004; Fernandes & Mamede, 2004; Volpi & Souza, 2004; Calábria & Calábria, 2005; Soares & Alves, 2006; Bandeira & Barbieri, 2007; Vieira et al., 2007; Stumm et al., 2009, Santos et al., 2009; Farago et al., 2010; Nci, 2010). Sua incidência na saúde mental e física do indivíduo afeta o sistema imunológico, demonstrando que sua afecção pode levar ao desenvolvimento de câncer de mama.

Um dos componentes que afeta diretamente o sistema imunológico é o cortisol, que desempenha um papel fundamental na homeostasia do organismo, sendo imprescindível o seu controle e, portanto,

fazendo-se necessárias estratégias de manutenção de seus níveis estáveis.

Conclui-se, assim, que é preciso desenvolver comportamentos positivos e de enfrentamento do estresse, fator tão presente no cotidiano das mulheres, para prevenir o surgimento de doenças como o câncer ou detectá-las em estágio precoce. Estratégias tais quais as utilizadas na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama podem melhorar a qualidade de vida e a autoestima das mulheres afetadas, minimizando a influência do estresse no seu organismo.

Referências

- Abreu, E., & Koifmann, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), 113-131.
- Araújo, L. H. L., et al. (2007). Metástase Gástrica de Câncer de Mama: Relato de Caso e Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(3), 365-368.
- Bandeira, M. F., & Barbieri, V. (2007). Personalidade e Câncer de Mama e do Aparelho Digestório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 295-304.
- Barbosa, R. C. M., Ximenes, L. B., & Pinheiro, A. K. B. (2004). Mulheres mastectomizadas: desempenho de papéis e redes de apoio social. *ACTA*, 17(1), 18-24.
- Bauer, M. E. (2002). Estresse como ele abala as defesas do corpo? *Ciência hoje*, 30(179).
- Bila, D. M., & Dezotti, M. (2007). Desreguladores endócrinos no meio ambiente: efeitos e consequências. *Química nova*, 30(3), 651-666.
- Bizzarri, M. (2001). *A mente e o câncer: um cientista explica como a mente sabe e pode enfrentar com sucesso a doença*. São Paulo: Summus.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196/96. Diário Oficial da União, 16(1), 21.
- Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E. & Rennó Júnior, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 124-133.
- Calábria, L., & Calábria, Q. P. A. (2005). **Câncer de mama: a relação com estresse e depressão**. *Psicologia e Argumento*, 23(40), 31-36.
- Comin, F. S., Santos, M. A. & Souza, L. V. (2009). Vivência e discurso de mulheres mastectomizadas: negociações desafios do câncer de mama. *Estudos psicológicos*, 14(1), 41-50.
- Dias, E. N., Caleffi, M., Silva, H. M. S. & Figueira Filho, A. S. (1994). *Mastologia Atual*. Rio de Janeiro, Revinter.
- Doncatto, L. F., Ascoli, T. A. C., & Dias, E. S. (2007). Tratamento cirúrgico e reconstrutivo do câncer de mama bilateral: relato de caso e revisão de literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(1), 120-123
- Farago, P. M., Ferreira, D. B., Reis, R. P. J. P., Gomes, I. P. & Reis, P. E. D. (2010). My life breast cancer: report of emotional, stress. *Revista de Enfermagem, UFPE*, 4(3), 1037-1042.
- Fernandes, G. S., Calabrich, A., & Katz, A. (2009). Câncer de mama triplo-negativo: aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. *Revista Brasileira de Mastologia*, 19(2), 76-82.
- Fernandes, A. F. C. & Mamede, M. V. (2004). O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Texto Contexto de Enfermagem*, 13(1), 35-40.
- Fontanella, F. (2003). *Os principais fatores de risco referentes ao câncer de mama entre as pacientes submetidas à cirurgia, no período de 01 de Agosto de 2002 a 01 de agosto de 2003, no hospital nossa senhora da conceição de Tubarão -SC*. Trabalho de conclusão de Curso de Fisioterapia. UNISUL.
- Giuliano, A. E. (1998). Câncer de Mama. In: BEREK, J. S., ADASH, E. Y., HILLARD, P. A. *Novak: tratado de ginecologia*. (12a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 36, 909-923.
- Gomes, F. A., Panobianco, M. S., Ferreira, C. B., Kebbe, L. M. & Meirelles, M. C. C. C. (2003). Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 11, 292-295.
- Graeff, F. (2003) Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 21-24.
- Guzmán, R. C. & Bermúdez, J. Á. (2009). Sucessos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes com câncer. *Psicologia y Salud*, México, 19(1), 21-32.
- Joca, S. R. L., Padovan, C. M. e Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 25(2), 46-51.

- Inca - Instituto Nacional do Câncer / Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: acesso em janeiro de 2010. Disponível em <http://www.Inca.gov.br>
- Maia, Â. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 207-225.
- Marques, A. H., Solis, A. C. O., Neto, F. L., Lotufo, R. F. M., & Prado, E. B. A. (2001). Estresse, depressão, alterações imunológicas e doença periodontal. *Psiquiatria Clínica*, 28(5), 266 – 273.
- Marques, A. P. F. S. (2004). Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, 2(2).
- Meyer, T. N., & Silva, A. L. (1999). Resposta celular ao estresse. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 45(2), 181-188.
- Miranda, W. A. (2004). Risco para câncer de mama segundo os modelos de Gail, Claus e a própria impressão da mulher com histórico familiar de primeiro grau para câncer de mama. Dissertação de Mestrado. UNICAMP.
- Moreira, M. S. (2003). *Psiconeuroimunologia*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Nci – National Cancer Institute/ Estresse psicológico e câncer: perguntas e respostas. EUA: acesso em agosto de 2010. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/risk/stress>
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). O Câncer de mama, pobreza e saúde, mental: resposta emocional à doença em mulheres de classes populares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 15.
- Pinheiro, C. P. O., Silva, R. M., Mamade, M. V., & Fernandes, A. F. C. (2008). Participação em grupos de apoio: experiências de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino Americana em Enfermagem*, 16(4).
- Ramos, B. F., & Lustosa, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, 12(1), 85-97.
- Regis, M. F. S., & Simões, S. M. F. (2005). Diagnóstico de Câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07(1), 81-86.
- Santos, C. C. (1997). *Efeitos da terapia de reposição hormonal na densidade mamográfica de mulheres com menopausa*. Tese de doutorado. UNICAMP.
- Santos, M. C. L., et al. (2009) Associação entre estresse e câncer de mama feminino: metanálise. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3), 453-463.
- Seguin, R. C., Roland, F. G., & Sampaio, M. (2004). Enforque bioenergético no trabalho corporal e o câncer. In: *Convenção Brasil Latino Americana, Congresso Brasileiro e Encontro Paraense de Psicoterapias corporais*. Foz do Iguaçu.
- Selye, H. *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature, 1936.
- Silva, O. E., & Zurrída, S. (2000). *Câncer de mama – Um guia para médicos*. São Paulo: Atlântica.
- Silva, P. D. V., et al. (2002). Qualidade de vida, depressão e câncer de mama: um estudo piloto da Faculdade de Medicina do ABC. *Revista Brasileira de Mastologia*, 12(4), 17-22.
- Soares, A. J. A., & Alves, M. G. P. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, 7(2), 165-177.
- Stumm, E. M. F., Maçalai, C., Leite, M. T., & Loro, M. M. (2009). Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 19(3), 108-114.
- Tiezzi, D. G., Valejo, F. A. M., & Pimentel, F. F. (2009). Bases moleculares da história reprodutiva na prevenção do câncer de mama. *Femina*, 37(7), 379-383.
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. M., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 311-316.
- Volich, R. M. (2002). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. (3a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volpi, J. H., & Souza, C. B. (2004). *Estresse na gestação e primeiros anos de vida e câncer infantil*. Curitiba: Centro Reichiano.