

Marcel Rocha Barbosa ¹
Flávia Urbini dos Santos ²
Marcel Rocha Barbosa ³

Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna

Sources of stress patient with diagnosis of breast malignant neoplasia

RESUMO

O diagnóstico do câncer e todo o processo de enfrentamento da doença são vividos pelo paciente com bastante dificuldade devido à complexidade do tratamento envolvido. O presente estudo teve como objetivo avaliar a presença do diagnóstico do estresse, os possíveis fatores estressores e os quadros característicos do estresse em mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária maligna na faixa etária entre 40 e 60 anos. O tamanho da amostra foi compreendido por vinte mulheres, atendidas por uma instituição de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: ficha de identificação, questionário de questões fechadas de múltipla escolha e aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Os dados coletados foram analisados através do método estatístico descritivo. Os resultados permitiram evidenciar que o modo com o qual as pessoas avaliam, enfrentam e superam as situações podem produzir estresse, e, nas situações em que o diagnóstico de estresse passa a estar presente, o tratamento pode trazer consequências não desejadas.

Palavras-chave: estresse; fontes estressoras; neoplasia mamária maligna.

ABSTRACT

The diagnosis of cancer and the process of coping with the disease are experienced by the patient with great difficulty due to the complexity of the treatment involved. The present study aimed to evaluate the presence of the diagnosis of stress, possible stressors and frames characteristic of stress in women diagnosed with malignant breast cancer in the age group between 40 and 60 years. The sample size was comprised of twenty women, served by an institution of a city in the state of São Paulo. Three instruments were used to collect data: identification form, questionnaire of closed questions multiple choice and application of Stress Symptoms Inventory by Lipp. The data collected were analyzed using descriptive statistical method. The results have highlighted the way in which people evaluate, confront and overcome situations can produce stress, and, in situations where the diagnosis of stress is to be present, treatment can bring unintended consequences.

Keywords: malignant mammary tumors; sources of stress; stress.

¹ Graduação em Psicologia Pós-graduando em Terapia Cognitivo Comportamental (Psicólogo) - Aguai - SP - Brasil.

² Mestre. Coordenadora e Professora do Curso de Psicologia (Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC).

³ Pós-graduando em Terapia Cognitivo Comportamental (Psicólogo).

Faculdade Municipal Professor Franco Montoro - FMPFM, Mogi Guaçu - SP.

Correspondência:

Rua Eleodoro Mateus de Moraes, nº 188, Vila Regina - Aguai, SP. CEP: 13860-000.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 28 de novembro de 2012. cod. 158.

Artigo aceito em 15 de julho de 2013.

DOI: 10.5935/1808-5687.20120003

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012), câncer é o nome comum dado a mais de 100 doenças, cuja característica é o crescimento desordenado de células, podendo se espalhar de uma para outras regiões do corpo (metástases), dividindo-se rápida e incontrolavelmente, acumulando-se e formando os tumores ou neoplasias malignas. Tumores benignos, por sua vez, são apenas massas de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham muito ao tecido original, raramente representando risco de morte.

Muito se fala sobre as causas dos cânceres, atribuindo-as a estilo de vida, fatores ambientais, poluição, agrotóxicos, produtos químicos, radiações, infecções virais e fatores genéticos e predisposição, mas raramente, ou quase nunca, é observado nos profissionais da área da saúde o conhecimento de que a causa possa estar também vinculada a emoção e estresse.

A influência da cognição pode ser considerada um dos fatores envolvidos no desenvolvimento e no enfrentamento da doença. Segundo Ellis (1973), citado por Santos (2007), a “[...] cognição é o determinante mais importante da emoção humana. Estados de disfunção emocional e muitos aspectos da psicopatologia são resultados dos pensamentos disfuncionais”.

Dessa forma, o processo de enfrentamento do estresse depende, em grande parte, dos recursos sociais e psicológicos do indivíduo. Considerando que o diagnóstico de câncer é culturalmente visto como algo terrível, implicando a necessidade de submeter-se aos tratamentos e suas consequências físicas e emocionais, é quase inevitável que a pessoa que o recebe vivencie situações estressantes.

No estudo realizado por Moreira (1994, apud Neme & Lipp, 2010), na área de psicoimunologia, verificou-se a existência de fatores emocionais no aparecimento e no desenvolvimento do câncer. Entre os pacientes estudados, todos apresentavam fatores emocionais relacionados com a doença, sobretudo depressão e fatores psicossociais, devido a sua influência no sistema imune.

Torna-se, portanto, importante o conhecimento sobre o câncer, o estresse e a relação entre eles.

O CÂNCER DE MAMA

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2011), esse tipo de câncer é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, e seu sintoma mais comum é o aparecimento de nódulos, geralmente indolores, duros e irregulares, além de outros sintomas, como edema cutâneo, dor, retração da pele, inversão e descamação do mamilo, e secreção papilar.

O câncer de mama é mais comum em mulheres, representando 23% do total de casos no mundo em 2008, com 1,4 milhões de novos casos naquele ano, sendo considerado o quinto maior em número de óbitos pela doença (*World Health*

Organization [WHO] & International for Research on Cancer [IARC], 2008). É a segunda neoplasia maligna de maior incidência no Brasil, apresentando elevados índices de morte. Contudo, há grandes possibilidades de sobrevivência quando detectado precocemente (Venâncio, 2004).

A prevenção do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco conhecidos, como obesidade, pós-menopausa, sedentarismo, consumo de álcool e reposição hormonal. Considera-se que a atividade física e a alimentação influenciam a redução do risco de câncer de mama em 28% (INCA, 2010).

O tratamento pode ser feito por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, e, na maioria das vezes, é necessário combinar mais de uma modalidade (Castro, Gregianin, & Brunetto, 2001).

Dentre os inúmeros fatores que podem desencadear o câncer, conforme descrito anteriormente, temos também a presença do diagnóstico do estresse. Quando o indivíduo apresenta esse diagnóstico, há um aumento na produção do hormônio chamado cortisol, com efeito nocivo ao sistema imune e, conseqüentemente, uma piora no quadro geral de saúde, incluindo também a resposta emocional diante do diagnóstico de câncer.

Embora vários aspectos sobre os efeitos psicossociais do câncer sejam conhecidos, compreendemos que a experiência do diagnóstico da doença causa na mulher um forte impacto emocional, e o vislumbre da morte é apenas um aspecto evidente, podendo ser expresso em uma grande variedade de sintomas emocionais. Portanto, o diagnóstico de câncer tem, com frequência, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelas muitas perdas, no âmbito emocional, social e material que quase sempre ocorrem nesse tipo de tratamento (Silva, 2008).

ESTRESSE

O termo estresse pode ser denominado como um conjunto de efeitos advindos de fatores não específicos que podem agir sobre o corpo, sendo um estado manifestado por uma síndrome específica constituída por todas as alterações não específicas produzidas em um sistema biológico (Selye, 1956, apud Evangelista, Hortense, & Sousa, 2004).

Estressor é definido como um agente que produz estresse ao sujeito, tanto de natureza intrínseca quanto extrínseca (Chaves, 1994).

A natureza de um estressor pode ser negativa, como perdas ou dificuldades familiares, ou positiva, como um reconhecimento profissional, um aumento salarial. Nesse contexto, estão presentes também componentes ambientais, físicos, psicológicos e biológicos, como fumaça, barulho e variações climáticas (Selye, 1956).

Selye (1956) caracterizou o estresse como uma síndrome geral de adaptação (SGA), decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. Esse estressor gera a quebra da homeostase interna do indivíduo, alterando a capacidade do organismo de manter sua constância.

Para representar o processo de estresse, Selye (1956) apresentou um modelo trifásico, constituído por alerta, resistência e exaustão (Lipp & Malagris, 1998), sendo que, acrescentando a teoria trifásica de Selye, Lipp (2000) propõe um modelo quadrifásico do estresse caracterizado por alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

A fase de alerta é determinada como uma fase positiva, que coloca o organismo automaticamente para agir, sendo caracterizada pela adrenalina, que deixa a pessoa mais atenta, forte e motivada.

A fase de resistência surge quando a fase de alerta se prolonga por muito tempo, e outros estressores se acumulam; então, o organismo, para impedir o desgaste total, entra na fase de resistência; pelo fato de o equilíbrio interior ter sido quebrado na fase de alerta, o rendimento cai drasticamente, e o organismo fica mais vulnerável à ação de vírus e bactérias, ficando exposto a doenças.

A fase de quase-exaustão se inicia quando o corpo começa a exceder o limite de controle, e a resistência física e mental começa a ser quebrada; nessa fase, momentos simples e normais, como trabalhar, rir e tomar decisões ainda têm vez, mas à custa de muito esforço; os momentos de funcionalidade normais e os de total desconforto se intercalam, e a pessoa oscila emocionalmente. O cortisol produzido em grande quantidade começa a agir negativamente, destruindo as defesas imunológicas, e as doenças aparecem.

Por fim, a fase de exaustão é a fase mais negativa e aguda do estresse. A pessoa, desequilibrada interiormente, entra em depressão, não conseguindo trabalhar nem se concentrar, apresentando atitudes muitas vezes impensadas; nessa fase, doenças graves podem surgir, como úlcera, pressão alta, psoríase e vitiligo.

As mudanças ocorridas em nossa sociedade estão sendo rápidas demais e constantes, ficando o homem incapaz de se adequar ao seu ritmo e significado (Lipp, 2001).

Desse modo, todas as mudanças que requerem adaptações por parte do indivíduo são fontes estressoras, exercendo um papel determinante na patogênese do estresse (Homes & Rahe, 1967).

O estresse, portanto, é considerado como uma alteração global do organismo para que ele se adapte às mudanças constantes, ou às alterações de modo geral; ou seja, é uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura se adequar às pressões externas e internas; essas pressões são chamadas agentes estressantes. O agente estressante pode ser uma situação, uma pessoa, um acontecimento

ou um objeto, capaz de gerar uma tensão emocional e induzir ao estresse (Ballone, 1999).

Lipp, Malagris e Novais (2007, p. 19) definem o estresse como “[...] um estado de tensão mental e físico que produz um desequilíbrio no funcionamento global do ser humano e enfraquece seu sistema imunológico, deixando-o sujeito a infecções e doenças”

Conclui-se que o estresse é um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo; o desequilíbrio ocorre quando a pessoa passa por uma situação que ultrapassa sua capacidade de adaptação (Everly, 1990, apud Lipp, 2001).

A eliminação de todos os tipos de estresse pode ser considerada difícil, mesmo porque, fisiologicamente, é por meio da adrenalina e das reações geradas pelo estresse, em doses moderadas, que o ser humano se sente revigorado, motivado e competente; na ausência total de estresse, seria como se ele estivesse morto (Lipp et al., 2007).

Já que o ser humano é suscetível aos efeitos do estresse emocional, deve-se então ao menos tentar reduzir a predisposição da reação do estresse emocional, a partir de medidas psicológicas que tenham como objetivo reestruturar e reformular pensamentos estressógenos (Brasio, 2000; Vilella, 2001; Tanganelli, 2001; Torrezan, 1999, apud Lipp, 2001).

FONTES EXTERNAS E INTERNAS DO ESTRESSE

O estresse é constituído por fontes externas e internas. As fontes externas são caracterizadas pelos eventos que ocorrem na vida das pessoas e sobre os quais não há controle, como morte, acidentes, doenças e, até, as próprias dificuldades nas relações do cotidiano (Lipp, 1996). As fontes externas são enfrentadas segundo as estratégias aprendidas principalmente na infância e, também, adquiridas ao longo da vida (Lipp, 2001).

As fontes internas do estresse são compreendidas como as características individuais da própria pessoa, vinculadas às suas cognições, ou seja, a maneira que ela percebe e enfrenta o mundo, suas crenças, seus valores, seu nível de assertividade, enfim, tudo aquilo que faz parte de seu mundo interno (Santos, 2007).

Os estressores externos geram uma forte tensão emocional devido à necessidade de se lidar com eles, dificultando a capacidade do indivíduo em se adaptar pela intensidade e frequência em que ocorrem (Lipp, 2001).

O estresse, conseqüentemente, envolverá eventos externos e internos, pois vai depender da percepção do indivíduo ante uma situação, influenciando seus padrões de respostas comportamentais. Sendo assim, nem sempre as ameaças que sentimos são reais; muitas vezes, esse “perigo” foi interpretado como tal, fazendo com que o organismo ficasse em estado de alerta a todo o momento (Lazarus & Folkman, 1984).

CÂNCER E ESTRESSE

Várias pesquisas têm relacionado o estresse crônico com o enfraquecimento do sistema imune; esse sistema é responsável pela vigilância do organismo contra a multiplicação de células cancerígenas. Algumas células são destinadas à destruição de células anômalas que poderiam se transformar em câncer, e são chamadas de *natural killers* (NK) (Ballone, 2007).

O estudo realizado pelo psicólogo Cohen (2001, apud Bauer, 2007), submeteu voluntários à dose-padrão de vírus da gripe, sendo que os com quadro de estresse apresentavam mais sintomas da doença do que os voluntários não estressados, pelo fato de os primeiros apresentarem os sistemas imunes mais enfraquecidos devido ao estresse.

No decorrer da vida de uma pessoa, ela pode utilizar todas as suas reservas adaptativas, podendo, assim, enfraquecer em determinados momentos sua resistência física e mental, dando origem a doenças psicofisiológicas, tendo como início o estresse emocional excessivo (Toates, 1999).

O estresse emocional é um importante fator de risco para o desenvolvimento de inúmeras doenças. Há pessoas que convivem melhor com o estresse que outras, talvez por fatores genéticos ou sociais. Sendo assim, essas pessoas se tornam exemplos a serem seguidos para que aprendamos a conviver com o estresse e suas indesejáveis consequências (Bauer, 2007).

Diante do diagnóstico de câncer, todo o processo de enfrentamento da doença é vivido pelo paciente e pelos familiares, trazendo grande angústia e incerteza quanto ao futuro. A doença rotulada como sendo mortal e dolorosa durante o tratamento, geralmente longo, traz perdas de habilidades funcionais e vocacionais. Uma das etapas é a hospitalização, que, por si só, já constitui uma fonte geradora de estresse e ansiedade; a internação, quando aliada à necessidade de a mulher se submeter a uma mastectomia, certamente aumenta o nível de estresse, com repercussões no tratamento e na reabilitação da paciente (Duarte & Andrade, 2003).

Segundo Cantinelli e colaboradores (2006, apud Neme & Lipp, 2010), após revisões nos fatores psiquiátricos envolvendo o câncer de mama especificamente, destacaram o impacto na saúde mental ante as possibilidades cirúrgicas e suas consequências sobre a imagem corporal, a autoestima e a sexualidade, e aos tratamentos e suas consequências físicas, como náuseas e vômitos. Demonstraram também o importante papel de acompanhamento cognitivo-afetivo na situação de estresse e enfrentamento.

Muitas vezes, o quadro depressivo não é detectado, visto que diversos sintomas, como falta de apetite e pouca energia, ficam relacionados ao próprio tratamento (Spiegel, 1990).

Lazarus e Folkman (1986), Lipp (2001) e Lipp, Frare e Santos (2007) (apud Neme & Lipp, 2010) revelam que as variações individuais, culturais e sociais têm importante e decisivo papel não só no desencadeamento, mas também no

tratamento do estresse. O processo de tratamento do estresse depende dos recursos sociais e psicológicos do indivíduo. Os sintomas desse desgaste se apresentam diferentes, variando de pessoa para pessoa, sendo possível sua manifestação em vários momentos do ciclo da vida, dependendo de como é visto e avaliado (Lipp, Pereira, & Sadir, 2005; Neme, 2005; Rowland, 1990, apud Neme & Lipp, 2010).

Dessa forma, a intensidade dos sintomas do estresse tem influência na recuperação, na qualidade de vida e no pós-operatório, assim como no tempo de recuperação de pacientes submetidos à cirurgia (Bezerra, 2003).

O PACIENTE COM CÂNCER E SEU ENFRENTAMENTO

Dentre as inúmeras estratégias de enfrentamento que o paciente com o diagnóstico de câncer utiliza, encontramos o *coping*, que significa lutar, competir, enfrentar; os efeitos do positivismo trazem a diminuição do estresse, e, se o *coping* for efetivo, com a diminuição da emoção, o evento estressor poderá, enfim, ser superado (Hudak & Gallo, 1997).

O *coping* de suporte social mostrou-se, em pesquisas descritivas e entrevista, eficiente no tratamento de mulheres mastectomizadas. Nos depoimentos colhidos entre as entrevistadas, ficou evidente a importância da dedicação e ajuda dos familiares. Assim, pode-se dizer que a família possui papel importante no transcorrer do adoecimento, constituindo elemento fundamental para o enfrentamento dos eventos estressores (Stumm, Maçalai, Tambara, & Loro, 2009).

Pollin (1995) descreve oito preocupações permanentes na vida de pessoas com doenças crônicas: perda do controle sobre a vida, mudança na autoimagem, medo de dependências, estigmas, medo do abandono, raiva, isolamento e morte. O agravamento da doença e a recidiva são outras preocupações constantes.

O psicólogo que atua na área da psico-oncologia tem por finalidade manter o bem-estar do paciente, detectando os fatores emocionais que interferem em sua saúde, e, também, prevenir e reduzir os efeitos emocionais e físicos causados pela doença e seu tratamento, levando esse paciente a entender o significado da experiência de adoecer, ficando atento a distúrbios como depressão e ansiedade excessiva (Carvalho, 2002).

Quanto mais informações o paciente tiver sobre o quadro de sua doença, maiores serão as suas chances de enfrentar o adoecimento. O psicólogo deve, para isso, usar uma linguagem clara e usual, facilitando o entendimento e checando se as informações prestadas pela equipe foram compreendidas. Atuando junto à família, o psicólogo deve reforçar os vínculos entre o paciente e seus familiares, compartilhando diálogos abertos, experiências e emoções. Outro fator importante é a interação entre os profissionais envolvidos no tratamento do câncer de mama; para que se tenha um bom resultado, essa interação é fundamental (Venâncio, 2004).

Segundo Penna (1997), esse tipo de psicoterapia junto ao paciente tem como finalidade atenuar, ou seja, minimizar aquilo que cause dor e sofrimento a esse paciente e o impeça de se adaptar e lidar com a patologia orgânica.

A adaptação à rotina hospitalar e à submissão aos procedimentos complexos, assim como a equipe fazendo uso de linguagem específica, mais o grande número de equipamentos cirúrgicos, são, por si sós, considerados possíveis agentes estressores para os pacientes com indicação à mastectomia (Costa, 1997).

Andolhe, Guido e Bianchi (2006) identificaram alguns estressores enfrentados pelas pacientes, que vão desde o diagnóstico da doença até o período pré-operatório. São eles: medo da anestesia, falta de informação em relação ao procedimento cirúrgico, afastamento dos filhos, recuperação pós-operatória e estética corporal. Todos esses fatos indicam significativos estressores no processo saúde-doença do paciente.

A aceitação da doença como primeiro passo a ser dado ante a realidade atua positivamente, sendo caracterizada como uma vantagem sobre o estressor. Segundo Corbin e Strauss (1988), quando a mulher reconhece que seu corpo poderá ser utilizado para a prática de novas atividades, em substituição às antigas, ficam definidos novos propósitos de vida como consequência das adaptações trazidas pelo diagnóstico. A esperança do paciente em retornar a viver normalmente reflete de modo positivo no enfrentamento de situações de crise (Bergamasco & Angelo, 2001).

METODOLOGIA

TRIAGEM, PARTICIPANTES E LOCAL

Participaram deste estudo 20 mulheres com idade média de 51,2 anos, com diagnóstico de neoplasia mamária maligna, atendidas por uma instituição de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de uma organização não governamental e sem fins lucrativos, que oferece apoio social na área da saúde e terapêutico às pessoas acometidas de câncer em situação de vulnerabilidade social, incluindo atendimento aos familiares.

DADOS COMPLEMENTARES DA AMOSTRA

- Estado civil: 10% eram solteiras, 10% amasiadas, 50% casadas, 20% divorciadas e 10% viúvas;
- Escolaridade: 36,8% tinham ensino fundamental incompleto, 10,5% ensino fundamental completo, 21,1% ensino médio incompleto, 15,8% ensino médio completo, 10,5% ensino superior incompleto e 5,3% ensino superior completo;
- Filhos: 75% das participantes tinham filhos;
- Ocupação: obteve-se uma prevalência de 35% de donas de casa, 20% de aposentadas e 10% de empregadas domésticas;

- Religião: 50% eram católicas, 45% evangélicas e 5% espíritas;
- Tratamento: a maior parte das participantes realizou como tratamento a quimioterapia 47,5%, sendo que, das 19 entrevistadas que responderam a essa questão, em 16 casos (40%) ela foi associada à radioterapia como complemento ao tratamento, e, por fim, 12,5% hormonioterapia;
- Hábitos alimentares: 75% das participantes consumiam alimentos ricos em gorduras, sendo que muitos componentes da alimentação têm sido associados com o processo de desenvolvimento do câncer.

INSTRUMENTOS EMPREGADOS

Para a obtenção dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de identificação, com o objetivo de se obter informações gerais dos entrevistados;
- Questionário, que se tratou de um instrumento de múltipla escolha, podendo ser assinaladas uma ou mais alternativas. Esse instrumento foi elaborado pelo aluno pesquisador a partir de relatos obtidos na literatura, em que diversos autores apontam algumas fontes geradoras de estresse, tanto de nível interno quanto externo;
- ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp é um instrumento que visa avaliar a presença do diagnóstico de estresse e o seu nível na população em geral, buscando, também, a identificação de quadros característicos do distúrbio, possibilitando diagnosticar o estresse em adultos, assim como a fase em que a pessoa estressada se encontra: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Baseia-se em um modelo quadrifásico e propõe um método de avaliação do estresse que enfatiza a sintomatologia somática e psicológica etiologicamente a ele ligada.

PROCEDIMENTOS

Atendendo a resolução nº 196/96, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado, foi encaminhado o projeto do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Municipal Professor Franco Montoro, para que fosse analisado e, posteriormente, aprovado e liberado para sua execução.

A partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador voltou à instituição para o agendamento dos dias e dos horários para iniciar a aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Foi ressaltado o caráter voluntário da colaboração, esclarecendo-se as condições de participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso de

aceitação, a participante assinava duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma permaneceu com o pesquisador e a outra com a participante.

Para a aplicação da folha de identificação, questionário e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp o pesquisador entregou as folhas correspondentes a cada instrumento individualmente, explicando como deveriam ser preenchidas. Nas ocasiões em que as participantes apresentaram dificuldade na leitura ou escrita, o pesquisador ajudou no preenchimento de cada instrumento.

Ao finalizar, foi entregue a cada participante, como benefício, uma apostila contendo informações sobre o estresse e uma técnica de relaxamento descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico do câncer é um momento delicado na vida da mulher, e o modo como ela enfrenta o longo percurso do tratamento dependerá de suas demandas internas individuais. O lidar com a doença pode ser considerado um agente capaz de produzir estresse devido à incapacidade de se adaptar à rotina do tratamento (Lipp, 2001).

O estresse, portanto, depende da percepção do indivíduo ante qualquer situação, podendo influenciar em seus padrões de respostas comportamentais (Lazarus & Folkman, 1984).

O gráfico fatores internos (Gráfico 1), que teve como objetivo revelar quais são os pensamentos e as interpretações individuais diante do enfrentamento da doença, obteve, com maior relevância, que 8,3% das participantes relataram ter esperança de cura diante da doença, 6% passaram a valorizar ainda mais as suas vidas e 6% afirmam que a doença serviu como uma lição de vida.

A esperança de cura pode fazer sentido nesse contexto, tendo em vista que o próprio estágio do câncer em que se encontravam as participantes da amostra pesquisada não era considerado fase de terminalidade, possibilitando investimentos tecnológicos que poderiam contribuir no controle e na manifestação da doença. Cabe ressaltar que, em relação a esperança de cura, valorização da vida e lição de vida, não foi possível identificar pesquisas que evidenciassem a importância desses aspectos no enfrentamento da doença. Contudo, a positividade pode ter um efeito satisfatório para lidar com a incerteza que essa doença apresenta se compararmos crenças positivas com negativas. Esses dados não coincidiram com a literatura, pois os estudos buscam enfatizar mais as interpretações negativas da doença e não os possíveis aspectos positivos que o paciente possa apresentar.

No que se refere ao medo de depender de outras pessoas, 5,1% das entrevistadas não se sentem preparadas para essa situação, mesmo diante de algumas implicações que estão atreladas ao próprio tratamento, como a perda de mobilidade ante uma mastectomia.

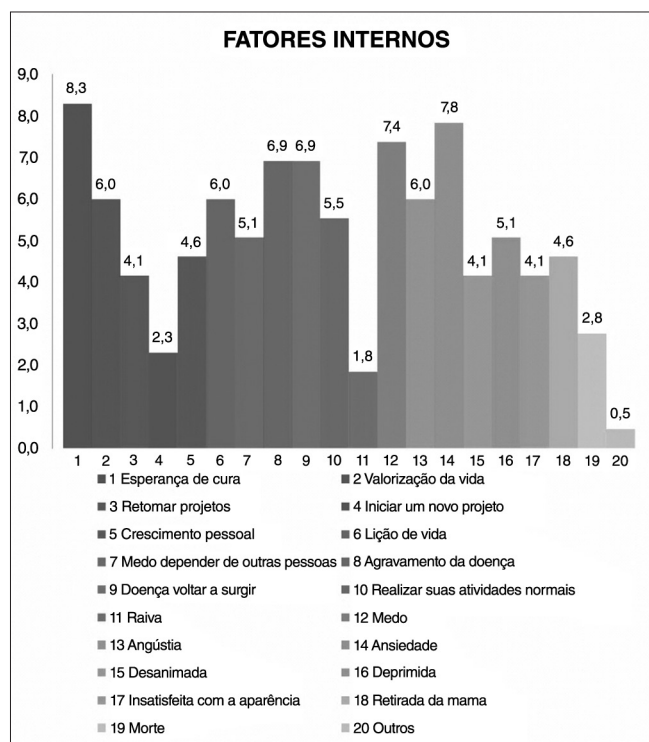


Gráfico 1. Pensamentos e interpretações individuais diante do enfrentamento da doença.

Entre as participantes, 6,9% se preocupam com a possibilidade do agravamento da doença, e outra constante preocupação é a recidiva, com 6,9%.

Quanto à possibilidade da retirada da mama, 4,6% pensaram nisso, corroborando com as preocupações enfrentadas por pacientes que vivenciam doenças crônicas, conforme descrito por Pollin (1995). Isso demonstra que, apesar de se realizar o tratamento, obtendo bons resultados no que se refere à sobrevida, o medo e a interpretação de que a doença possa retornar é um fator estressor bastante significativo. Essa preocupação também pode ser observada em 5,5% das entrevistadas, que se questionavam se iriam voltar a realizar suas atividades normais após o tratamento.

Continuando, 7,4% das participantes classificaram o medo como parte do diagnóstico e 6% se sentiram angustiadas no decorrer do tratamento, talvez pela falta de informação em relação aos procedimentos cirúrgicos, sendo que 11,7% delas se depararam com essa dificuldade.

Segundo Gotay (1984), o medo do diagnóstico do câncer acaba fazendo parte tanto do estágio precoce da doença quanto do avançado; isso pode estar ligado à incerteza quanto à cura, à recidiva da doença e aos temores que resultam de suas próprias reflexões vivenciais, propiciadas por essa descoberta, o que poderá resultar em ansiedade. Sendo possível a identificação de uma prevalência da ansiedade na amostra pesquisada, das 20 mulheres avaliadas, 17 (7,8%) apontaram-na como recorrente ao tratamento, sendo que a ansiedade aliada ao estresse pode trazer repercussões negativas, tanto ao tratamento como

à reabilitação da paciente (Duarte & Andrade, 2003), o que torna esse aspecto um fator de destaque para maiores estudos.

Com relação a se sentirem deprimidas, 5,1% indicaram que esse sintoma esteve presente no decorrer do tratamento, talvez pelo fato de o diagnóstico possibilitar diversos níveis de estresse e de perturbação emocional. O medo da morte, a alteração de sua rotina diária, as mudanças físicas e psíquicas (imagem corporal, autoestima), as mudanças do papel social e do estilo de vida, bem como os compromissos e as ocupações que até então eram exercidos com frequência, são assuntos importantes para qualquer ser humano com esse tipo de patologia. Entretanto, nem todos os pacientes diagnosticados com câncer estão concomitantemente em depressão, podendo esta ser apenas uma fase transitória de tristeza, uma reação comum, a qual todas as pessoas com câncer têm de enfrentar, dependendo de sua percepção em relação a ele (Carero, Rocha, Arruda, & Gadelha, 2001).

O gráfico efeitos colaterais (Gráfico 2), que visou identificar pensamentos relacionados aos efeitos colaterais advindos do tratamento, apresenta os seguintes resultados: 28,9% relataram que não acreditavam ser capazes de suportar as dores causadas pelo tratamento. Já em relação aos efeitos causados pela quimioterapia, como náuseas e vômitos, 31,1% acreditavam que não iriam conseguir suportar essas consequências e 15,6% afirmaram enfrentar dificuldades no pós-operatório. Nesse contexto, foi possível relacionar a presença do diagnóstico de estresse ao de câncer, sendo que, de sete participantes que responderam a essa questão, cinco têm o diagnóstico de estresse; tais resultados são concordantes com os encontrados na literatura, confirmando, assim, a relevância da dificuldade no pós-operatório quando associado ao estresse (Bezerra, 2003).

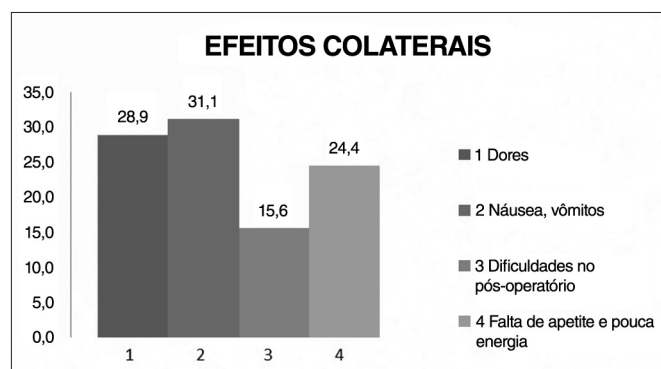


Gráfico 2. Pensamentos relacionados aos efeitos colaterais advindos do tratamento.

Outro resultado a ser considerado refere-se à falta de apetite e pouca energia, sendo que 24,4% afirmaram ter vivenciado esse tipo de situação no decorrer das sessões de quimioterapia. Cabe ressaltar que a falta de apetite e a pouca energia não são vistas como critérios para o diagnóstico da depressão, uma vez que esses sintomas ficam relacionados ao próprio tratamento, exigindo uma intervenção psiquiátrica,

ou psicológica, quando detectados (Spiegel, 1990), sendo, portanto, considerados “apenas” como uma comorbidade.

O gráfico referente aos fatores externos (Gráfico 3), que correspondem a eventos que nem sempre podem ser controlados pelo ser humano, indica que 20,8% da amostra relataram ter recebido apoio de sua família e de seus amigos. Nesse contexto, o apoio pode ser considerado pela mulher uma fonte de motivação para não desistir ao receber palavras de encorajamento, ajuda física e emocional e apoio nas decisões e questões relacionadas ao tratamento. Esses resultados são similares aos encontrados na literatura, confirmando a importância do papel da família no transcorrer do adoecimento, podendo servir como suporte para o enfrentamento dos eventos estressores, e, com isso, minimizando situações potencialmente patogênicas diante de eventos estressógenos (Stumm, Maçalai, Tambara, & Loro, 2009), enfatizando, portanto, a presença e a participação dos familiares durante o processo de psicoeducação e tratamento da doença.

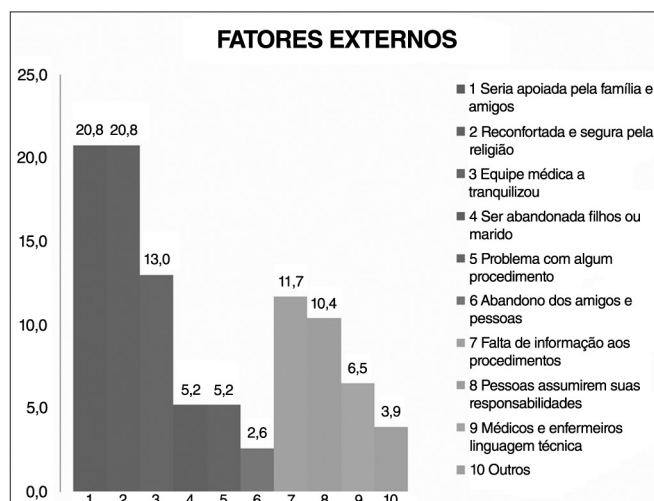


Gráfico 3. Eventos externos (que nem sempre podem ser controlados pelo ser humano) para o enfrentamento da doença.

A religião foi apontada por 20,8% na ajuda da superação da doença, e 13% afirmam ter recebido total apoio da equipe médica, sendo, este último, considerado um fator importante para que se tenha um bom resultado no tratamento do câncer de mama; enfim, essa interação é vista como fundamental para o paciente (Venâncio, 2004).

Corroborando com a pesquisa de Andolhe, Guido e Bianchi (2006), em que foram identificados alguns estressores enfrentados pelas pacientes, que vão desde o diagnóstico da doença até o período pré-operatório, aproximadamente 11,7% das participantes analisadas afirmaram sofrer com a falta de informação em relação aos procedimentos cirúrgicos, indicando estressores no processo saúde-doença do paciente, o que torna fundamental a atuação dos profissionais para oferecer aos pacientes informações que facilitem uma melhor reestruturação cognitiva referente à doença.

Para avaliar a presença do diagnóstico do estresse, o tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico) e a fase do estresse na qual elas se encontravam, foi utilizado o ISSL (Gráfico 4); entre as mulheres pesquisadas, 60% da amostra tinham diagnóstico de estresse e 40% não.

Quanto à fase do estresse (Gráfico 5), verificou-se que 40% estavam em fase de resistência, enquanto 15% se encontravam na fase avançada do estresse, a quase-exaustão, e 5% se encontravam na exaustão, sendo que 40% não apresentavam o diagnóstico de estresse.

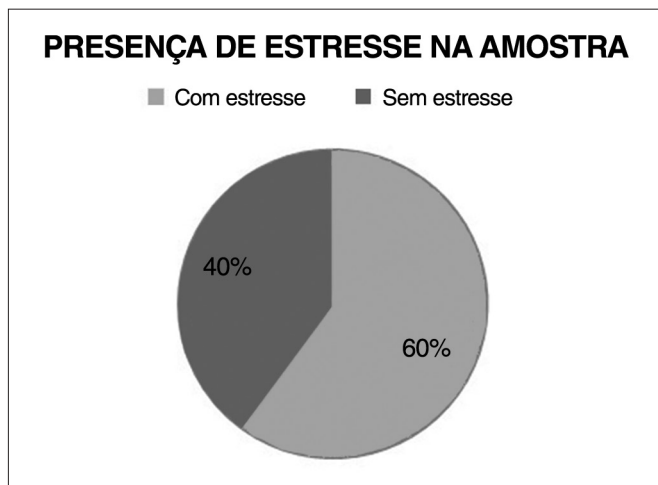


Gráfico 4. Diagnóstico do estresse.



Gráfico 5. Fase do estresse e tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico).

O teste utilizado permitiu, também, avaliar o tipo de sintomas de estresse (físico ou psicológico) predominante nas fases do estresse correspondentes. No que se refere à fase de resistência, 75% apresentavam sintomas psicológicos e 12,5% físicos. Na fase de quase-exaustão, 66,7% apresentavam sintomas psicológicos e 33,3% físicos. Na fase de exaustão, 100% apresentavam como predominantes os sintomas psicológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base o que já foi explanado até o momento, vemos que este estudo busca auxiliar os profissionais de psicologia, médicos e enfermeiros, enfatizando o papel da cognição ante a descoberta do diagnóstico do câncer e acreditando na necessidade de implantação de programas interventivos de prevenção que visem estimular o desenvolvimento de recursos intrínsecos e extrínsecos, identificados como agentes protetores do impacto do estresse sobre a saúde-doença, principalmente ao se tratar de uma doença grave como o câncer de mama.

Os resultados obtidos permitiram evidenciar a influência das cognições na vulnerabilidade ao estresse, sendo que o modelo cognitivo parte do pressuposto de que nossos pensamentos são decorrentes das interpretações realizadas diante dos acontecimentos do nosso cotidiano; assim, se uma situação é avaliada por uma pessoa como sendo perigosa, ela se torna um agente capaz de produzir estresse. Nesse sentido, dizemos que a cognição está ligada ao nível de estresse, em que a pessoa poderia estar fazendo julgamentos globais, extremados, absolutos, irreversíveis, arbitrários, únicos ou qualitativos. Uma boa alternativa seria aquela em que essas avaliações fossem mais graduadas, relativas, complexas, fundamentadas, reversíveis, quantitativas, sendo importante aprender como substituir as cognições disfuncionais por outras, funcionais, com o objetivo de minimizar a instalação do estresse (Lipp, 2003).

Quando nada é feito para aliviar a tensão vivenciada, o organismo, já sem energia para enfrentar a doença, enfraquece, e uma série de doenças pode aparecer junto ao câncer; o paciente, diante de crenças disfuncionais, dificulta ainda mais o tratamento, sendo necessário utilizar uma abordagem educacional que o encoraje a aprender formas mais adequadas de enfrentar a doença, proporcionando-lhe uma adaptação a essa nova fase de vida e, com isso, reduzindo o impacto do adoecimento, possibilitando que o estresse não seja associado à doença.

REFERÊNCIAS

- Andolhe, R., Guido, L. A., & Bianchi, E. R. F. (2006). Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 711-720. Ballone, G. J. (1999). Estresse: 1ª Parte. Retirado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD030.pdf>

- Ballone, G. J. (2007). Psiconeuroimunologia: Emoção e imunidade 1. Retirado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=38>
- Bauer, M. E. (2007). Estresse: Como ele abala as defesas do nosso corpo? *Ciência Hoje*, 30(179), 20-25. Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Bezerra, P. P. L. (2003). Revascularização do miocárdio: Stress, qualidade de vida e restabelecimento no pós-cirúrgico. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 113). Campinas: Papirus.
- Carero, A., Rocha, A., Arruda, M. L. B., & Gadelha, M. E. C. (2001). Câncer e psicossomática (Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo, Curso de Especialização em Psicossomática).
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: História, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Castro, C. G. Jr., Gregianin, L. J., & Brunetto, A. L. (2001). Transplante de medula óssea e transplante de sangue de cordão umbilical em pediatria. *Jornal de Pediatria*, 77(5), 345-360. Chaves, E. C. (1994). Stress e trabalho do enfermeiro: A influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, A. L. S. (1997). Análise do stress nas situações de vida diária e do pré-operatório imediato de pacientes cirúrgicos urológicos (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- Evangelista, R. A., Hortense, P., & Sousa, F. A. E. F. (2004). Estimativa de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 913-917. Gotay, C. C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Science & Medicine*, 18(7), 605-613.
- Homes, T. H., & Rahe, R. K. (1967). The social readjustment scale. *Journal Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: Uma abordagem holística* (6. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2010). Estimativa 2010: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Retirado de [http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/Instituto Nacional de Câncer \[INCA\]](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/Instituto%20Nacional%20de%20C%C3%A2ncer%20[INCA].). (2011). Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO). Retirado de http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2628 Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2012). O que é o câncer? Retirado de http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Cognitive appraisal process: Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos* de Lipp (ISSL) (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 347-349.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo de estresse. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (pp. 279-292). São Paulo: Psy.
- Lipp, M. E. N., Malagris, L. E. N., & Novais, L. E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.
- Neme, C. M. B., & Lipp, M. E. N. (2010). Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 475-483.
- Penna, T. (1997). *Psicoterapia no hospital geral: Saúde mental no hospital geral*. Cadernos IPUB, 6, 195-204.
- Pollin, I. (1995). *Medical crisis counseling: Short-term therapy for long-term illness*. New York: W.W. Norton.
- Santos, F. U. (2007). *Relação entre eventos estressores e urgência hipertensiva em mulheres* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas). Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Longmans.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237. Stumm, E. M. F., Maçalai, C., Tambara, M. L., & Loro, M. M. (2009). Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*, 19(3), 108-114.
- Spiegel, D. (1990). *Facilitating emotional coping during treatment*. *Cancer*, 66 Suppl 15:1422-6. Toates, F. (1999). *Stress: Conceptual and biological aspects*. New York: John Wiley & Sons.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- World Health Organization [WHO], International Agency for Research on Cancer [IARC]. (2008). *Globocan 2008*. Lyon: IARC. Retirado de <http://globocan.iarc.fr>