

**MASTECTOMIA E A INCIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO**
**THE MASTECTOMY AND THE INCIDENCE OF POST-TRAUMATIC
STRESS DISORDER**

Jackeline A. M. Caporossi [✉], Hudson S. Ribeiro, Tiago Morinigo,
Aline Campos & Luiz Fabrício Stoppiglia

Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá/MT - Brasil

RESUMO- A incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um tema ainda pouco abordado pela literatura científica no Brasil, principalmente relacionado a doenças traumáticas como câncer de mama. Este estudo foi realizado com 20 mulheres mastectomizadas, e revelou a incidência de TEPT em 20% desta amostra, através da escala CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), a IES (Impact of Events Scale) e a SOS (Significant Other Scale), foi realizada também uma entrevista semi-estruturada para verificar o histórico da doença e seu impacto físico e social. A família foi relatada como principal rede de apoio social, seguido do parceiro, amigos, igreja e profissionais da saúde. A assistência psicológica se apresenta de forma majoritária no período pós-operatório. Observou-se então uma grande lacuna a ser trabalhada pelo profissional psicólogo de maneira preventiva com relação ao trauma gerado pelo câncer de mama que segundo o ministério da saúde é o tipo de câncer de maior incidência nas mulheres brasileiras.

Palavras-chave - Câncer de mama; Mastectomia; Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

ABSTRACT- The incidence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a topic that is rarely addressed in the scientific literature in Brazil, mainly related to traumatic diseases like breast cancer. This study was conducted with 20 women who had mastectomies and revealed the incidence of PTSD in 20% of this sample, using a scale CAPS (Clinician Administered PTSD scale), the IES (impact of events scale) and SOS (Significant Other Scale) was also carried out a semi-structured interview to check the history of the disease and its impact on physical and social. The family was reported as the primary social support network, followed by the partner, friends, church and health professionals. Assistance psychology presents itself majority in the postoperative period. There was then a big gap to be worked by professional psychologist in a preventative manner with respect to the trauma generated by breast cancer according to the health ministry is the type of cancer incidence among brazilian women.

Key- words - Breast Cancer, Mastectomy, Post Traumatic Stress Disorder.

Recebido em 09 de Maio de 2013/ Aceite em 25 de Setembro de 2014

[✉] Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá/MT – Brasil. Rua Itumbiara, 865, Coophema, Cuiabá/MT, Brasil, 78085-085. Telef.: 55 65 36618075. E-mail: jack_amenezes@hotmail.com

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil o câncer de mama feminino é a patologia maligna mais incidente na população, e tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença, em especial junto às classes com maior poder aquisitivo. Em 2010, o INCA registrou mais de 49 mil casos diagnosticados e quase 12 mil mortes devido a este tipo de câncer (Facina, 2011).

A idade é o principal fator de risco para o câncer de mama, onde as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Contudo, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como a menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal, e também a história familiar de câncer da mama e a alta densidade do tecido mamário, que é a razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama. A história familiar de câncer da mama aumentacerca de duas a três vezes no risco de desenvolver essa neoplasia. Neste estudo o INCA aponta que a ocorrência do câncer de mama também se encontra relacionado ao processo de urbanização, ao contrário do que se observa para o câncer do colo do útero (Facina, 2011).

Segundo Amorim (2006), a mulher com câncer de mama vivencia o sofrimento de maneira peculiar pois, além da doença em si, o local onde está acometida a enfermidade gera outros sentimentos e sofrimentos. A mama é considerada símbolo de maternidade, sexualidade e alvo de contemplação entre as mulheres, tornando-se o seio uma característica do feminino. É também uma zona erógena e sua retirada para tratamento do câncer influencia a libido provocando angústia, queda na auto-estima, depressão, medo de rejeição, etc. Com o diagnóstico do câncer, há o medo da morte, de metástases e do risco de ser mutilada.

Essa mutilação desperta diversos sentimentos porque a sensação de integridade do corpo não está presente. Assim, as mulheres que passam pelo câncer de mama e a mastectomia sentem diferentes emoções e sentimentos de inadequação da imagem corporal, que alteram suas vidas, no âmbito social, familiar e conjugal (Amorim, 2006).

Segundo Bottino (2009), as manifestações de ansiedade e medo das possíveis recorrências persistem durante e após os tratamentos, com a permanência, em alguns pacientes, de sintomas crônicos de stress, além do isolamento social e desamparo. Quando os sintomas de stress agudo ou crônico não são tratados, podem contribuir para o sofrimento emocional e redução da qualidade de vida.

O câncer é uma enfermidade repleta de estigmas pela sociedade, sendo comum a associação da doença com a morte e a dor, psicológica e física, apesar dos avanços tecnológicos e possibilidades de tratamento existentes atualmente. Embora o prognóstico seja otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o diagnóstico de câncer de mama tem um profundo impacto psicossocial nos pacientes e seus familiares. Dessa forma, segundo Amorim (2006), receber o diagnóstico de uma doença tão temida pela sociedade gera uma série de reações emocionais e conflitos, deixando marcas profundas no indivíduo, família e rede social.

Segundo Bergamasco e Angelo (2001), para a mulher com diagnóstico de câncer de mama, estabelecer novos propósitos na vida, é o resultado dos ajustamentos psicossociais trazidos pelo diagnóstico. Ao aprender ou reconhecer que pode alterar sua vida diária, a mulher integra seu novo ser de forma produtiva e saudável. A esperança de voltar à normalidade é um importante fator facilitador no enfrentamento de situações de crise.

Alterações que comprometam o corpo, em especial as partes mais valorizadas culturalmente, levarão o sujeito a uma falta de adaptação individual e social, pois as expectativas nele investidas sejam pelo próprio indivíduo ou pelas pessoas com as quais convive necessitarão ser repensadas (Kebbe, 2006). Estas são características que fazem das mulheres mastectomizadas um campo fértil para o surgimento do Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) que também estão presentes e potencialmente descrevem a experiência associada ao câncer, como ameaça de morte, tratamentos desfigurantes e aversivos, isolamento social, desamparo, as quais podem promover esse transtorno.

Historicamente, o estudo do TEPT, em um primeiro momento enfatizou a experiência subjetiva vivenciada pelo indivíduo; em um segundo momento, reconheceu-se a intensidade dos estressores traumáticos através de um estudo inicial com veteranos de guerra, principalmente sobreviventes do holocausto. Essa associação característica de sintomas passou a ser tratada como “neurose de guerra” (Schestatsky et al, 2003). Após vários estudos, estes sintomas se mostraram bem mais amplos, abrangendo outros traumas experienciados, com maior ou menor intensidade de acordo com a vulnerabilidade do indivíduo, sendo classificados primeiramente pelo DSM - III e depois pelo DSM – IV.

Segundo Knap e Caminha (2003), o TEPT pode ser considerado como uma patologia primária, tendo em vista seus efeitos patológicos subsequentes ao longo da história dos pacientes. É, no entanto, comum que pacientes com TEPT sejam tratados apenas em seus efeitos secundários, transtornos de humor ou outras formas de ansiedade, ao invés de serem tratados diretamente na matriz originária dos problemas.

Segundo Figueira e Mendlowicz (2003), são duas as características centrais do TEPT; o evento traumático, a exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror. Em resposta a este evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica.

O artigo de revisão de Maia (2004) relata a prevalência de TEPT em diversas situações ligadas ao câncer: 54% nos sobreviventes de câncer na adolescência, 54% nas mães desses pacientes e 22% nos sobreviventes de câncer diagnosticado na idade adulta. Vários estudos têm verificado que as pessoas que tiveram câncer apresentam muitos dos sintomas, mas não todos os sintomas suficientes para o diagnóstico de TEPT.

O DSM-IV (APA, 1994) define trauma como

(...) a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror (...) (p. 435).

Portanto, a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático só é possível quando as pessoas vivenciam um evento traumático, ou seja, é a associação do stress que ocorre devido à exposição à situação traumática.

Segundo artigo de revisão bibliográfica de Guerreiro, Brito, Baptista, e Galvão (2007), desde 1935 têm sido feitas várias propostas para a definição do conceito de stress. Uma das definições atuais com maior aceitação é a proposta de Richard Lazarus no contexto do modelo transaccional de stress, em que o stress é uma condição ou sensação vivida quando a pessoa percebe que as exigências ou as ameaças ao seu bem estar excedem os recursos pessoais e individuais que este pode mobilizar. Ressalta-se que este modelo tem como fundamento o fator humano, ou seja, o stress tem o significado de resposta do organismo quando sujeito a pressões quer externas quer internas. Entre o estímulo e a resposta da pessoa nas suas circunstâncias, dependendo do tipo de avaliação que esta faz de toda a situação, dos seus próprios recursos e dos mecanismos de coping (enfrentamento) que põe em curso para responder às exigências, que surgirão as consequências finais.

A compreensão da constituição do trauma e do stress facilita o entendimento de como esta associação do stress com o evento traumático predispõe ao surgimento do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático. Estes estudos verificaram também um aumento de custos de saúde em quem tem história de trauma (Maia, 2004). Outros estudos mostram igualmente que as pessoas com história de trauma têm mais visitas ao médico, o que também justifica nossa pesquisa sobre a incidência do TEPT nesta população.

No Brasil, segundo Figueira e Mendlowicz (2003), apenas recentemente começou a se reconhecer a importância do diagnóstico do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Embora os brasileiros tenham uma alta prevalência de exposição a eventos traumáticos, como acidentes e homicídios, há poucos estudos teóricos e empíricos sobre o TEPT em nosso país.

Em um estudo feito pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com 290 pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington, na capital paulista, entre agosto de 2006 e março de 2007, os sintomas do TEPT estavam presentes em 81% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama (Bottino, 2009).

Este resultado aponta para a necessidade de um diagnóstico precoce do TEPT, para que não dificulte o tratamento e conseqüentemente aumente sua duração, pois não se trata a causa e sim a consequência.

Neste sentido, a terapia cognitivo comportamental tem sido apontada como a mais eficaz para o tratamento de TEPT, apesar de não existir ainda estudos para o TEPT em mulheres mastectomizadas acreditamos que este estudo abra caminhos para futuras pesquisas com esta população.

Dentre as possíveis técnicas cognitivo-comportamentais propostas por diversos autores Knap e Caminha (2003), destacam: Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE), Treinamento de Habilidades Sociais (THS), Treinamento de Auto-Instrução (TAI), Dessensibilização Sistemática, Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração e Prevenção da Recaída.

Além de tratamento adequado, trata-se também de um importante estudo para área de psicologia, que segundo Venancio (2004), devido a grande incidência do câncer de mama no Brasil e da desestruturação que esse diagnóstico e tratamento acarretam na vida da mulher, é fundamental a atuação do psicólogo para dar suporte à paciente e a seus familiares. Pois esse profissional vai ajudar a mulher a manter o seu bem-estar psicológico durante o tratamento, proporcionando um melhor ajustamento à doença, redução dos distúrbios emocionais (como

ansiedade e depressão), melhor adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas adversos associados ao câncer e aos tratamentos. A atuação do psicólogo neste campo é muito recente e pouco conhecida. Acreditamos ser importante a divulgação da relevância desta especialidade a fim de obter reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, criando assim uma maior demanda para o psicólogo.

MÉTODO

Participantes

Em Cuiabá, o atendimento a mulheres portadoras de câncer de mama é feito pela Associação MTmamma amigos do peito (entidade filantrópica), pelo Hospital do Câncer (rede pública) e outras instituições privadas. Escolhemos trabalhar com MTmamma, que atua diretamente com 62 assistidas e 25 voluntários. Deste total, 20 mulheres mastectomizadas aceitaram participar desta pesquisa. O perfil socioeconômico destas mulheres é apresentado no quadro 1.

Quadro 1. *Dados Sócio Demográfico*

Grau de Instrução	N	%
Ensino Fundamental	1	5
Ensino Médio	9	45
Superior Completo	4	20
Especialização	6	30
Idade		
Entre 30 e 40 anos	4	20
Entre 41 e 50 anos	9	45
Entre 51 e 60 anos	5	25
Entre 61 a 70 anos	2	10
Tempo de Cirurgia		
1 mês a 1 ano	5	25
2 anos a 3 anos	6	30
4 anos a 5 anos	5	25
6 anos a 7 anos	2	10
8 anos a mais	2	10
Estado Civil		
Casada	14	70
Divorciada	4	20
Solteira	2	10
Filhos		
Não	4	20
Um	3	15
Dois	7	35
Três ou mais	6	30

(continuação)

Quadro 1. *Dados Sócio Demográfico* (continuação)

	N	%
Profissão		
Do Lar	5	25
Funcionária Pública	10	50
Autônoma	3	15
Aposentada	2	10
Assistência Médica		
Pública	9	45
Privada	10	50
Pública/Privada	1	5

Material

As três escalas utilizadas para medir impacto e a incidência do estresse pós traumático foram a CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), a IES (Impact of Events Scale) e a SOS (Significant Other Scale) (modelos em anexo). A CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) utiliza como variáveis características objetivas e subjetivas relacionadas ao evento traumático avaliando os três principais sintomas do TEPT que são a revivência do trauma, a esquiva e a excitabilidade. A IES (Impact of Events Scale) identifica a presença dos principais sintomas de ansiedade pós-traumática: revivências, hiperexcitação e esquiva / entorpecimento. A SOS (Significant Others Scale) mede a presença de suporte social, ou seja, a percepção do sujeito em relação a compreensão e ajuda que tenha recebido de outras pessoas após o evento traumático (Rosso, 1998).

Procedimento

Esta pesquisa tem como base o estudo do sujeito no seu aspecto biopsicossocial, como é abordado pela Teoria Cognitivo Comportamental (TCC). Neste estudo da incidência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres mastectomizadas, buscamos identificar as portadoras de TEPT através de uma análise instrumental dos sintomas relatados e diferenciar estas mulheres dentro da amostra pesquisada. As diferenças entre portadoras e não portadoras de TEPT foram buscadas através de suas redes de apoio social, assistência psicológica recebida, entendendo que este suporte é fundamental para o enfrentamento da doença e tratamento.

As técnicas utilizadas foram pesquisa de campo com aplicação de escalas para verificar a incidência do transtorno de estresse pós-traumático e entrevistas semi-estruturadas buscando uma compreensão do contexto pós-operatório visando com isso o estabelecimento de um rapport com estas mulheres para saber sobre a história de vida de cada uma. O estudo foi orientado quanti e qualitativamente. As entrevistas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (CEP-HUJM), sob registro de nr.199/CEP-HUJM/2011.

Entrevista Semi-estruturada

Impacto pessoal e familiar sobre o diagnóstico. Como foi sua reação emocional família.

Conhecimento e crenças sobre a doença.

Estratégias de manejo do estresse.

Impacto social. O que mudou na sua vida cotidiana?

Imagem corporal, medo da mutilação, da aparência física, influência no relacionar o parceiro.

Religiosidade ou crenças.

Dúvidas e certezas quanto ao tratamento do câncer.

Medos.

Neste estudo foi utilizado a entrevista semi-estruturada por seu papel de gerar novas hipóteses surgidas a partir das respostas das informantes (Triviños, 1987, p. 146) e porque ela “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]”, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (Triviños, 1987). A análise e interpretação qualitativa da entrevista semi-estruturada foram realizadas pelo método de categorização de Minayo (1994). A categorização é feita por condensação das unidades de significado é organizada de forma a dar representação simplificada aos dados brutos. Tal estratégia possibilita a criação de categorias.

As comparações estatísticas foram realizadas no Microsoft Excel 2007 através de testes citados em cada grupo de resultados. Os testes mais específicos, como teste de normalidade, foram realizados com ajuda do GraphPad Instat 3.

RESULTADOS

Podemos observar que de maneira geral a maioria das mulheres participantes desta pesquisa são casadas (70%), de idade entre 41 e 50 anos (45%), onde metade delas são funcionárias públicas (50%) e possui o ensino médio (45%) e realizaram tratamento (50%) em rede pública. Com relação ao tempo de cirurgia a maioria se concentra entre 1 mês a 5 anos. Segundo DSM-IV (APA, 1994) o Transtorno de Estresse Pós-Traumático pode ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância. Os sintomas em geral iniciam nos primeiros 3 meses após o trauma, embora possa haver um lapso de meses ou mesmo anos antes do seu aparecimento. Frequentemente, a perturbação inicialmente satisfaz os critérios para Transtorno de Estresse Agudo imediatamente após o trauma.

Os sintomas do transtorno e o relativo predomínio da reexperiência, esquiva e sintomas de hiperexcitação podem variar com o tempo. A duração dos sintomas varia, ocorrendo recuperação completa dentro de 3 meses em aproximadamente metade dos casos, com muitos outros apresentando sintomas persistentes por mais de 12 meses após o trauma (APA, 1994).

MASTECTOMIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A gravidade, duração e proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são os fatores mais importantes afetando a probabilidade de desenvolvimento deste transtorno. Existem algumas evidências de que os suportes sociais, história familiar, experiências da infância, variáveis da personalidade e transtornos mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Este transtorno pode desenvolver-se em indivíduos sem quaisquer condições predisponentes, em particular se o estressor for especialmente extremo.

Estudos demonstram que a rede de apoio social é uma importante estratégia de coping (enfrentamento) em situações adversas, principalmente relacionadas à enfermidades onde a pessoa sente necessidade de cuidados e atenção, alterando desta forma todo seu relacionamento social provocando maior proximidade de amigos e principalmente de familiares (APA, 1994).

O levantamento sobre rede de apoio social foi utilizado para comparar com a escala SOS (Escala de Significância de Outros), bastante utilizada em estudos de TEPT uma vez que, a presença ou ausência de suporte social parece ser uma variável importante na determinação do desenvolvimento e/ou gravidade do quadro (Rosso, 1998).

Quadro 2. *Dados Comparativos SOS e RAS*

	SOS % (N)	RAS (M; DP)
Família	79 (15)*	1,4; 0,6*
Parceiro	47 (9) *	1,5; 0,8*
Amigos	32 (6) *	2,6; 0,9*
Igreja		2; 1*
Prof. de Saúde	47(9) *	3; 1*
Outros		4; 1*

*- $p < 0,05$

Dados comparativos da escala SOS (Significant Others Scale) e RAS (Rede de Apoio Social). Na SOS estão mostradas em % e nº de citações das pessoas para as quais a paciente pediu ou recebeu apoio. Na RAS são mostradas as colocações na hierarquia de importância para apoio social percebido. Em cada escala, as letras diferentes a,b ou c indicam diferença estatística no teste t de Student entre as pontuações na escala ($p < 0.05$).

Observamos que com relação à prioridade hierárquica de rede apoio social (RAS) percebido pelas participantes da pesquisa, a família e o parceiro se encontram quase que no mesmo nível de prioridade 1, a igreja e os amigos também se encontram próximos do mesmo nível 2, os amigos também se encontram em igualdade com os profissionais de saúde no nível 3 e a opção outros não equivale a nenhuma outra rede de apoio social, sendo único no nível 4.

Em comparação com a Escala de Significância de Outros (SOS), elas se apresentam semelhantes, o que serviu para confirmar a prioridade hierárquica que as participantes da pesquisa escolheram na entrevista da RAS, onde a família se apresenta como a principal rede de apoio social. Com relação ao parceiro, na RAS ele apresenta grau semelhante de importância com a família, mas na SOS apresenta uma menor importância com relação à

família, ficando em segundo lugar juntamente com os profissionais de saúde. Os amigos ficaram em terceiro. Com relação à assistência psicológica recebida segue quadro 3:

Quadro 3. *Assistência Psicológica Hospitalar*

Não recebeu	5 / 20
Somente Pré-operatório	0 / 20
Somente Pós-operatório	9 / 20
Pré e pós-operatório	6 / 20

No quadro 3 percebe-se que existe uma grande deficiência de atendimento no período pré-operatório e também um percentual bastante relevante daquelas que não receberam nenhuma assistência. Apesar da atuação do psicólogo ser ainda bastante recente no campo hospitalar percebe-se a existência de uma grande demanda para este profissional, atuando tanto junto aos pacientes como junto aos próprios profissionais da saúde.

A correlação entre existência ou não de atendimento psicológico (hospitalar ou particular) e a pontuação CAPS foi de 0,17, considerado insuficiente para atribuir alguma redução/prevenção de sintomas às pacientes. Mesmo entre as pacientes que receberam atendimento pré e pós-operatório, a variação da pontuação CAPS em relação as pacientes que não receberam atendimento não foi significativamente diferente de zero.

Quadro 4. *Escala CAPS*

	Σ sintomas válidos		Σ freq x intens	
	atuais	Vida	Atuais	Vida
Pm1	2	3	113	67
Pm2	1	1	21	20
Pm3	3	3	106	64
Pm4	2	0	86	17
Pm5	2	3	68	101
Pm6*	3	2	96	34
Pm7	1	1	48	47
Pm8*	3	1	161	29
Pm9*	3	0	114	17
Pm10	1	0	24	1
Pm11	1	1	30	20
Pm12	3	3	107	103
Pm13*	3	2	123	38
Pm14	1	0	31	13
Pm15	0	0	6	6
Pm16	1	3	8	94
Pm17	1	0	22	22
Pm18	1	2	38	58
Pm19	3	3	66	54
Pm20	1	2	19	44

Quadro 4 mostrando os sintomas atuais e ao longo da vida segundo a escala CAPS (Clinician Administered PTSD Scale). Nas duas colunas à esquerda, aparecem as contagens de sintomas, nas duas colunas à direita estão os resultados de intensidade X frequência. Estão marcados em cinza as pacientes que reuniram os três sintomas (Revivência, esquiva e excitabilidade) para caracterização do TEPT. O quadro 4 representa o somatório da pontuação aferida pelas participantes da pesquisa em cada item da escala CAPS (Clinician Administered PTSD Scale). Através desta pontuação podemos verificar que 4 mulheres (Pm 6,8,9 e 13) cumprem os critérios para os sintomas atuais, 3 cumprem os critérios ao longo da vida (Pm1,5 16) e 3 (Pm3,12 e 19) cumprem os critérios tanto atuais como ao longo da vida.

Com relação à frequência e intensidade dos sintomas, levando em consideração apenas valores > 100, 3 participantes possuem valores suficientes para sintomas atuais e apenas 2 para sintomas ao longo da vida. Observa-se então apenas 1 participante cumpre os critérios de TEPT com frequência e intensidade < 100. Este resultado apresenta que todas as mulheres possuem alguns sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, apenas 1 delas (Pm15) não apresenta nenhum sintoma, nem atuais, nem ao longo da vida, pois apresenta baixíssima frequência e intensidade.

Como o objetivo do estudo é verificar a incidência de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres mastectomizadas, optamos por considerar apenas aquelas que apresentaram sintomas atuais e não sintomas ao longo da vida, pois supostamente estariam relacionados ao câncer de mama seguido da mastectomia. Entendemos que as mulheres que apresentaram sintomas tanto atuais como ao longo da vida podem possuir um comportamento condicionado por traumas anteriores. Nas figuras seguintes todas as mulheres com os 3 sintomas característicos passam a representar o grupo “TEPT”, as demais sendo referidas como “normais”.

A incidência de estresse pós traumático encontrado nesta pesquisa foi de 20% segundo a escala CAPS, confirmando estudos anteriores, que apontam um percentual de 22% de TEPT em mulheres adultas sobreviventes ao câncer de mama (Maia, 2004). Estas 4 mulheres que apresentaram incidência de TEPT, 3 são casadas e 1 divorciada, com idades de 39, 46, 52 e 53 anos. Com relação ao nível de escolaridade 3 possuem o ensino médio e 1 possui mestrado. No aspecto profissional 2 são autônomas (cabeleireira e vendedora), 1 é do lar e 1 funcionária pública. A rede de assistência médica utilizada foi 50% em rede pública e 50% em rede privada, sendo que as que utilizaram rede privada não obtiveram assistência psicológica alguma, e na rede pública 1 recebeu assistência pré e pós-operatório e 1 apenas no pós-operatório.

Como o perfil sócio-econômico não se concentrou em apenas uma categoria, não pode-se dizer que este fator interfere na incidência ou não de TEPT.

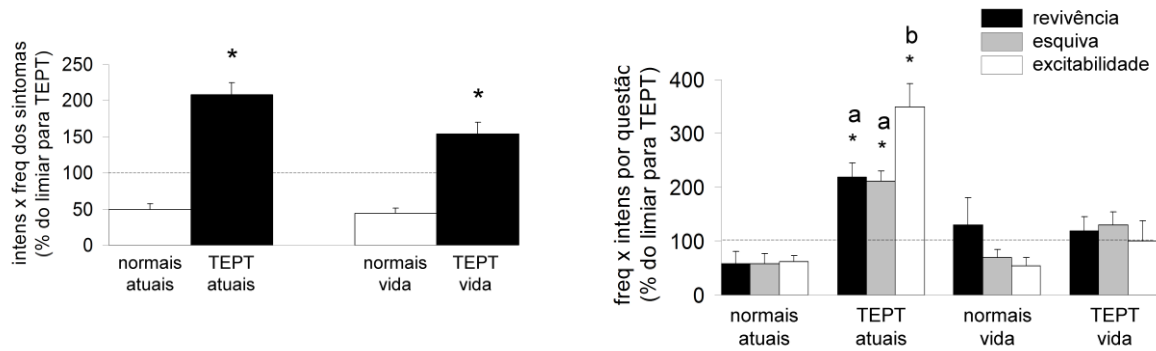


Figura 1A – Comparação Int. e Freq. Escala CAPS - Figura 1B – Int. e Freq. Por questão – Escala CAPS

Pontuação na escala CAPS. As pacientes normais ou TEPT foram separadas de acordo com a ocorrência dos três sintomas característicos (revivência, esquiva e excitabilidade). A menor pontuação das pacientes com TEPT foi chamada de limiar (100%). Em A, estão mostradas os totais de pontuação atuais e ao longo da vida. Em B, estão mostradas as pontuações de cada sintoma. As barras indicam média \pm erro padrão. Os asteriscos indicam $p < 0,05$ no teste de Student em relação ao normal, as letras indicam $p < 0,05$ dentro do mesmo grupo de barras.

Na figura 1A podemos observar que a frequência e intensidade dos sintomas de TEPT são 3-4 vezes maiores nas mulheres classificadas na escala CAPS. Este resultado demonstra que estas mulheres já apresentavam sintomas de TEPT anteriores ao câncer de mama. Na figura 1B verifica-se que os 3 sintomas (revivência, esquiva e excitabilidade), nos sintomas atuais e ao longo da vida são semelhantes em pacientes normais (sem TEPT). Nas pacientes com TEPT fica evidente o aumento dos 3 sintomas, destacando-se o de excitabilidade.

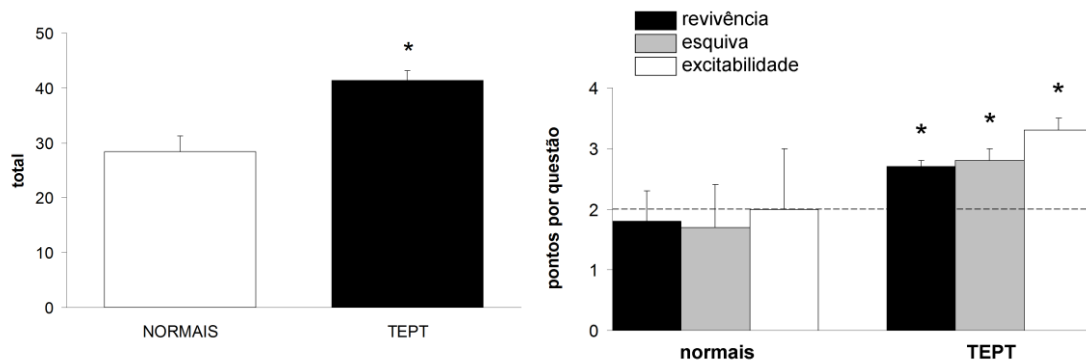


Figura 2A – IES

Figura 2B – IES

Pontuação na escala IES das pacientes normais ou TEPT de acordo com a ocorrência dos três sintomas característicos (revivência, esquiva e excitabilidade) pós-tratamento do câncer de mama. A menor pontuação das pacientes com TEPT foi chamada de limiar. Em A, estão mostradas os totais de pontuação normais e TEPT. Em B, estão mostradas as pontuações por questão relativa a cada sintoma. As barras indicam média \pm erro padrão. Os asteriscos indicam $p < 0,05$ no teste t de Student em relação ao normal.

Na figura 2A, observa-se que os sintomas gerais de TEPT tem frequência 1,5 vezes maior que os normais. Na figura 2B, observa-se que os 3 sintomas estão aumentados pós tratamento com prevalência da excitabilidade semelhante ao resultado apresentado na escala CAPS, porém observa-se variações menores na pontuação IES que na pontuação CAPS, sugerindo que o segundo instrumento é menos sensível.

Resultados da Entrevista

Através da entrevista semi-estruturada conseguimos fazer comparações com os resultados das escalas e também como forma de confirmar seus resultados através da categorização da análise e interpretação dos dados coletados.

Em relação ao impacto social e pessoal devido ao câncer de mama, o resultado confirma estudos que revelam que o diagnóstico causa grande impacto familiar (90%) e pessoal, mas o aspecto positivo apresentado nesta pesquisa é a promoção de união familiar devido à doença. Este resultado se associa com a escolha da maioria das mulheres na RAS, onde a família é indicada como a principal rede de apoio social.

O conhecimento a cerca do câncer de mama está mais relacionado a crenças que com experiência, e com relação ao tratamento o resultado confirma os estudos que afirmam que apesar do conhecimento sobre se tratar de uma doença curável a maioria (90%) enxerga o câncer como uma sentença de morte. Com relação ao manejo do estresse observa-se a importância da família (citada por 50% das mulheres), espiritualidade (50%), lazer (35%) e distração (35%). A esquiva (55%, evitando falar sobre o assunto e distraindo) é utilizada na maioria das vezes pela família e pela própria mulher.

No que diz respeito ao impacto pessoal, através dos discursos, observou-se que existe um grande aspecto positivo com relação à transformação na forma de ver o mundo, de agir e pensar. Pois devido a doença a mulher acaba tendo mais tempo para si mesma e de refletir sobre sua vida, seus medos e anseios. Um fato bastante relevante é o percentual de mulheres que alegou não se preocupar com a aparência física (60%), devido a mastectomia, colocando primeiramente a preocupação com a cura, seguida da estética e por último a possibilidade de interferência no relacionamento com o marido. Este resultado confirma também a escolha das entrevistadas em relação ao posicionamento do marido na RAS, ocupando o primeiro lugar juntamente com a família. Com relação ao diagnóstico e ao procedimento cirúrgico da mastectomia, 65% das mulheres confiaram totalmente nos médicos, mas 20% relataram que tiveram muitas dúvidas e sentiram falta de mais informações sobre o tratamento.

O maior medo em 70% das entrevistadas é referente à reincidência, que é o ressurgimento do câncer em outra parte do corpo, tratando-se de uma das características do transtorno de estresse pós-traumático que é a hipervigilância, um dos sintomas da excitabilidade. As

entrevistadas também relatam que, além do medo da morte, existe um medo de passar outra vez pela dor associada ao tratamento.

DISCUSSÃO

Através desta pesquisa foi identificado que existe incidência de TEPT em mulheres que foram mastectomizadas e diante disto, verifica-se a importância do diagnóstico precoce para prevenir comorbidades provenientes desta patologia primária. Verificou-se a importância da rede de apoio social durante todo o processo desta forma podemos identificar um campo de atuação da psicologia em auxiliar os familiares no fortalecimento deste apoio para um tratamento com um menor sofrimento psíquico e emocional possível. Neste estudo foi identificada a incidência de TEPT em 20% da amostra através das escalas CAPS e IES. Em todas as mulheres entrevistadas foram identificados sintomas de TEPT, apesar de somente algumas cumprirem os critérios para configurar o transtorno.

A escala IES se mostrou menos sensível que a escala CAPS. Apesar de também servir ao diagnóstico, esta escala apresenta diferenças menores entre as mulheres com e sem TEPT. O sintoma de maior recorrência foi o de excitabilidade e verificou-se também que três mulheres, desta amostra pesquisada, apresentaram sintomas de TEPT tanto atuais como ao longo da vida.

Existem estudos desde 1989 apontando que as principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama são os maridos e os membros da família, sendo também citados médicos e enfermeiras, principalmente no período de hospitalização. Mulheres com o mesmo diagnóstico são referidas como de grande ajuda na superação do sentimento de solidão e isolamento; a crença religiosa e a fé são também apontadas como importante fonte de apoio (Hoffmann, Müller, & Rubin 2006). Segundo Biffi e Mamede (2004), a proteção e a segurança oferecida pelos parceiros podem proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações. As demais fontes são distribuídas entre pessoas da família (tios, sogros, avós, entre outros), profissionais especializados (terapeuta, advogado, diretor da escola) e conselheiros religiosos.

Observou-se também a importância do parceiro, a proteção e a segurança oferecida por eles pode proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações. O apoio fornecido pela religiosidade/fé tem merecido destaque em estudos atuais, inúmeras pesquisas têm demonstrado a forte correlação entre espiritualidade e saúde física-mental-social (Hoffmann, et al., 2006). Observamos que 100% das entrevistadas relataram a importância da religiosidade/fé como apoio fundamental para suportar a dor e o medo, fortalecendo-as para prosseguir com o tratamento.

Os sintomas de hiperestimulação em mulheres recém-diagnosticadas, principalmente a hipervigilância, podem ser atribuídos ao aparecimento do câncer, considerado incontrolável e inesperado por mulheres que estavam no início do tratamento. A imprevisibilidade e a impossibilidade de controle podem repercutir na sensação de “segurança” das mulheres,

aumentando a atenção para os sintomas somáticos e reduzindo a concentração para as outras atividades, levando à irritabilidade e repercutindo no funcionamento social. Estudos revelam que quando a recorrência do câncer é inesperada em pacientes que tem melhor prognóstico do câncer, a incidência de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático é maior do que naqueles pacientes que já sabem que pode haver possibilidade de recorrência do câncer (Bottino,2009).

Os comportamentos de esquiva são bastante relatados na entrevista semi-estruturada mais não aparecem na CAPS como principais. Apesar da frequência com este sintoma apareceu, observa-se que existem apenas duas questões relacionadas a esquiva no total de vinte e cinco questões da escala, o que pode direcionar uma melhoria do instrumento. Através das escalas SOS, RAS e entrevista semi-estruturada, observamos que os principais apoios das mulheres mastectomizadas foram a família, o parceiro e a espiritualidade. Na entrevista semi-estruturada apareceu uma diferença clara entre a importância da espiritualidade (citadas como orações, fé, leituras, programas de TV, etc) e a igreja, esta última sendo classificada juntamente com amigos e profissionais de saúde.

No que diz respeito ao impacto pessoal, através dos discursos, observou-se que existe um grande aspecto positivo com relação à transformação na forma de ver o mundo, de agir e pensar. Pois devido a doença a mulher acaba tendo mais tempo para si mesma e de refletir sobre sua vida, seus medos e anseios. Um fato bastante relevante é o percentual de mulheres que alegou não se preocupar com a aparência física (60%), devido à mastectomia, colocando primeiramente a preocupação com a cura, seguida da estética e por último a possibilidade de interferência no relacionamento com o marido. Este resultado confirma também a escolha das entrevistadas em relação ao posicionamento do marido na RAS, ocupando o primeiro lugar juntamente com a família.

Estudos recentes referentes ao câncer de mama, nos EUA, comprovam que pacientes que participam de atendimento psicológico possuem um melhor ajustamento à doença, redução dos distúrbios emocionais (como ansiedade e depressão), melhor adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas adversos associados ao câncer e aos tratamentos (Venâncio, 2004). Avaliando a incidência de TEPT em mulheres desta amostra que receberam ou não atendimento psicológico, observamos que o atendimento preventivo foi raramente oferecido e o atendimento pós-operatório não interferiu na incidência de TEPT. A atuação do psicólogo na rede hospitalar ainda é bastante recente no Brasil e a que existe atualmente é insuficiente para refletir em uma melhora de qualidade de vida para estas mulheres.

A maioria dos estudos tem apontado como melhor forma de tratamento para o TEPT, além do farmacológico, a terapia cognitivo-comportamental. Apesar da grande incidência do câncer de mama no Brasil e da vulnerabilidade ao TEPT que existe associado a este diagnóstico, ainda não existe nenhum estudo sobre tratamento de TEPT associado à mastectomia. Segundo Knapp e Caminha (2003) a terapia cognitiva tem apresentado, na literatura, modelos com elevados índices de eficácia, facilitando a replicabilidade dos achados e preservando uma atitude científica e ética para com os pacientes acometidos de TEPT (por causas variadas), que é um dos distúrbios primários mais debilitantes dos processos cognitivos e comportamentais. A atuação do psicólogo na rede hospitalar ainda é bastante recente no Brasil e a que existe atualmente é insuficiente para refletir em uma melhora de qualidade de vida para estas mulheres.

O presente estudo trata-se de um ponto de partida para outros mais aprofundados e com uma amostra menos reduzida como esta aqui apresentada, sem pretensão de esgotar este vasto campo de investigação. Por se tratar de pessoas passando por doenças e tratamentos que envolvem grande sofrimento, não foi usual nem fácil à recorrência das informantes a serviços de saúde mental, como o estudo mesmo mostra, de forma que não foram feitas avaliações clínicas por profissionais com experiência na área, restringindo-se a avaliação aos instrumentos e entrevistas.

O estudo sobre a incidência do transtorno de estresse pós-traumático em mulheres mastectomizadas possui grande relevância, pois devido à dificuldade de diagnóstico, onde muitas vezes pode ser confundido com outros transtornos, pode dificultar a utilização de tratamentos adequados pelos profissionais de saúde o que gera prejuízo à saúde destas mulheres e um gasto do sistema de saúde que poderia ser evitado se houvesse diagnóstico precoce para este transtorno.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4thEd). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Amorim, C.M.B.F. (2006). Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 6, 108-113.
- 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, 277-282.
- Biffi, R.G., & Mamede, M. V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 38, 262-269. doi:10.1590/S0080-62342004000300004
- Bonadonna, G., Hortobagyi, G., & Gianni, A. (1997). *Textbook of breast cancer. A Clinical guide to therapy*. New York: Taylor and Francis
- Bottino, S.M.B. (2009). Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós-traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama (Dissertação de Doutorado). Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, Brasil. Acessado em 2014-11-29 de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10092009-162123/>
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16. doi:10.1590/S1516-44462003000500004
- Guerreiro, D., Brito B., Baptista, J., & Galvão F. (2007). Stresse Pós-Traumático: Os Mecanismos do Trauma. *Acta Medica Portuguesa*, 20, 347-354.
- Hoffmann, F.S., Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 143-150.
- Facina, T. (2011). Estimativa 2012 – Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57, 557

- Knapp, P., & Caminha, R.M.(2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 31-36.doi:10.1590/S1516-44462003000500008.
- Kebbe, L.M. (2006). *Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama* (Dissertação de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07052007-101948>
- Maia, A.C. (2004). *Trauma, PTSD e Saúde. Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas*.Porto: ADFa - Associação dos Deficientes das Forças Armadas.
- Minayo, M.C.S. (1994). Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. In: M.C Minayo (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (9ª Ed, pp 9-15). Petrópolis: Vozes.
- Roso, M.C. (1998). Escalas de avaliação de transtorno do estresse pos-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 25, 320-325.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L.H., Abreu, P.B., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Supl I), 8-11.doi:10.1590/S1516-44462003000500003.
- Triviños, A.N.S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Venâncio, J.L. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50,55-63.