

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CLÁUDIA DE SOUZA DOURADO**

**EVENTOS DE VIDA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO  
DE CÂNCER DE MAMA**

VITÓRIA

2015

**CLÁUDIA DE SOUZA DOURADO**

**EVENTOS DE VIDA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO  
DE CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Costa Amorim

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

VITÓRIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

D739e Dourado, Cláudia de Souza, 1989 -  
Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de  
mama / Cláudia de Souza Dourado – 2015.  
123 f. : il.

Orientador: Maria Helena Costa Amorim.  
Coorientador: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Neoplasias da Mama. 2. Acontecimentos que mudam a  
vida. 3. Estresse. 4. Metástase. I. Amorim, Maria Helena Costa.  
II. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. III. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.  
IV. Título.

CDU: 614

---

**Claudia de Souza Dourado**

***Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de  
câncer de mama***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Epidemiologia.

Aprovada em 21 de maio de 2015.

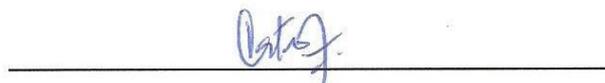
**COMISSÃO EXAMINADORA**



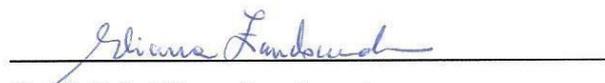
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Orientadora



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Co-orientadora



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Silveira de Castro  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro externo



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Zandonade  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Membro interno

*“Peça a Deus que abençoe os seus planos,  
e eles darão certo.” Provérbios 16:3*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por sempre conduzir minha vida e por ter me sustentado durante toda essa jornada. Sem Ele nada disso seria possível.*

*Aos meus amados pais, Ellen e Cláudio por toda dedicação, cuidado e amor. Todas ou quaisquer palavras não seriam suficientes para agradecer a preciosidade do nosso convívio.*

*Ao meu noivo Marcelo, pela paciência, companheirismo e amor, principalmente nas horas mais difíceis. Obrigada pelo incentivo de sempre!*

*A toda a minha família e amigos que me incentivaram durante a realização deste sonho.*

*A minha orientadora, professora Maria Helena Costa Amorim pela confiança, exemplo, amizade e ensinamentos que contribuíram de forma essencial para minha formação.*

*A minha coorientadora, professora Maria Helena Miotto pela parceria, colaboração e atenção. Obrigada principalmente pela revisão das referências!*

*A professora Eliana Zandonade pela grande colaboração, não só pelas análises estatísticas, mas também pelo carinho e amizade.*

*A professora Denise que aceitou tão prontamente ao convite de participar da banca. Obrigada pela atenção e colaboração.*

*Ao professor Esdras pela sua solicitude e atenção a minha pesquisa, contribuindo no trabalho.*

*Aos amigos do Grupo de Estudos em Câncer (GEC) pelos momentos compartilhados de aprendizado, experiências e construção coletiva do conhecimento científico. Agradeço principalmente a Katia por toda sua*

*paciência e disposição em me ajudar. Muito obrigada por me acolher em sua sala sempre que precisei.*

*Ao Hospital Santa Rita de Cássia - Afec, que me permitiu a realização de mais uma pesquisa com suas pacientes.*

*A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio que possibilitou a realização desse estudo.*

*A todas as mulheres que aceitaram a participar da pesquisa, dividindo momentos difíceis e importantes de suas vidas comigo. Agradeço especialmente as mulheres do PREMMA por todo carinho e exemplo de vida. Nunca esquecerei vocês!*

## RESUMO

**Introdução:** A relação entre eventos de vida e o surgimento e progressão do câncer de mama tem sido investigada por alguns estudos. **Objetivo:** Identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, examinar o tempo transcorrido entre o evento e o diagnóstico, examinar a associação entre a sobrecarga ocasionada pelo evento no momento da ocorrência e após o diagnóstico e examinar a associação entre metástase e eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória – ES. Compõe-se a amostra por 300 mulheres. Coletaram-se os dados no período de setembro a dezembro de 2014. Utilizou-se o instrumento *Life Events Units – LEU/VAS* que se baseia na Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe, que no Brasil foi adaptada por Vasconcellos. Utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0, para calcular a frequência, média, mediana, desvio padrão e aplicar os testes não paramétrico de Wilcoxon e qui-quadrado. **Resultados:** A média de idade foi de 53 anos. Predominou-se mulheres de raça/cor não branca (65%), com menos de 8 anos de estudo (64%) e casadas (54%). Identificou-se que a maioria da amostra relatou pelo menos um evento de vida (99,3%). O principal evento de vida relatado foi morte de alguém na família. As medianas do tempo transcorrido entre os eventos de vida mais relatados e o diagnóstico de câncer de mama variaram de 5 a 15 anos. Observou-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre a sobrecarga ocasionada pelos eventos de vida nos dois momentos examinados. Em relação à metástase, 31,7% das que tiveram recidivas relataram um ou mais eventos de vida ( $p = 0,001$ ). Quando considerado o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o surgimento da metástase nas 46 mulheres, observou-se uma mediana de 18,0 meses. **Conclusão:** Os resultados deste estudo são potencialmente importantes, pois dão suporte a uma possível interação entre eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama e metástase. Estudos futuros são necessários para melhor compreensão desta relação.

**Descritores:** neoplasias da mama; acontecimentos que mudam a vida; estresse.

## ABSTRACT

**Introduction:** The relationship between life events and the onset and progression of breast cancer has been investigated by some studies.

**Objective:** To identify the life events in women diagnosed with breast cancer, to examine the time between the event and the diagnosis of breast cancer and to examine the association between the overload caused by the event at the time of occurrence and after diagnosis of these women.

**Methods:** Cross-sectional study conducted at Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória - ES. Consists the sample of 300 women. The data-collected from September to December 2014.

We used the instrument Life Events Units – LEU/VAS that is based on the Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe, that in Brazil was adapted by Vasconcellos. Data were analyzed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0, to calculate the frequency frequency, mean, median and standard deviation and apply the non-parametric Wilcoxon and chi-square tests.

**Results:** The mean age was 53 years. Predominated women with race/color non-white (65%), with less than 8 years of education (64%) and married (54%). It was found that most of the sample reported at least one life event (99,3%). The main reported life event was the death of someone in the family. The median time interval between the most reported life events and the diagnosis of breast cancer ranged from 5 to 15 years. It was observed significant difference ( $p < 0.05$ ) between the overload caused by life events in the two examined moments.

In relation to metastasis, 31.7% of those who have relapsed reported one or more life events ( $p = 0.001$ ). When considering the time between diagnosis and the onset of metastasis in 46 women, a median of 18.0 months was observed.

**Conclusion:** The results of this study are potentially important as they support a possible interaction between life events after diagnosis of breast cancer and metastasis. Future studies are needed to better understand this relationship.

**Key words:** breast neoplasms; life change events; stress.

## LISTA DE TABELAS

<b>ARTIGO 1.</b>	<b>EVENTOS DE VIDA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA</b>	
	<b>TABELA 1.</b> Total de eventos por mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.....	51
	<b>TABELA 2.</b> Distribuição da amostra quanto as variáveis sociodemográficas, clínicas e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014.....	52
	<b>TABELA 3.</b> Tempo em anos transcorrido entre os eventos de vida e o diagnóstico de câncer de mama e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014.....	56
	<b>TABELA 4.</b> Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014.....	58
<b>ARTIGO 2.</b>	<b>ASSOCIAÇÃO ENTRE METÁSTASE E EVENTOS DE VIDA PÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA</b>	
	<b>TABELA 1.</b> Caracterização sociodemográfica, clínica e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014.....	75
	<b>TABELA 2.</b> Total de eventos por mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.....	76
	<b>TABELA 3.</b> Associação entre eventos de vida e metástase em mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.....	77
	<b>TABELA 4.</b> Tempo em anos transcorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e os eventos de vida e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014.....	79
	<b>TABELA 5.</b> Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AFECC	Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
HSRC	Hospital Santa Rita de Cássia
HHA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LEU	Life Events Units
MS	Ministério da Saúde
NK	Natural Killer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SISCOLO	Sistema de Informação em Saúde de Controle do Câncer de Colo uterino
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SIS-RHC	Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	16
1.2 CÂNCER.....	18
1.3 CÂNCER DE MAMA.....	19
1.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA.....	19
1.5 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	20
1.6 AS RESPOSTAS DO ORGANISMO ÀS SITUAÇÕES DE ESTRESSE.....	21
1.7 EVENTOS DE VIDA.....	26
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	35
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	37
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	38
3.3 A POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	38
3.4 CÁLCULO AMOSTRAL.....	38
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	39
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	39
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	39
3.8 COLETA DE DADOS.....	39
3.9 INSTRUMENTO.....	40
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	41
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
<b>4. RESULTADOS</b> .....	43
4.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1: EVENTOS DE VIDA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA.....	44
<b>4.1.1 Resumo</b> .....	45
<b>4.1.2 Abstract</b> .....	46
<b>4.1.3 Introdução</b> .....	47
<b>4.1.4 Metodologia</b> .....	48
<b>4.1.5 Resultados</b> .....	50

4.1.6 Discussão.....	59
4.1.7 Conclusão.....	63
4.1.8 Referências.....	64
4.2 PROPOSTA ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE METÁSTASE E EVENTOS DE VIDA PÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA..	68
4.2.1 Resumo.....	69
4.2.2 Abstract.....	70
4.2.3 Introdução.....	71
4.2.4 Metodologia.....	72
4.2.5 Resultados.....	74
4.2.6 Discussão.....	82
4.2.7 Conclusão.....	85
4.2.8 Referências.....	86
5. REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	89
APÊNDICES.....	100
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS.....	103
APÊNDICE C – TABELA 3 COMPLETA.....	104
APÊNDICE D – TABELA 4 COMPLETA.....	106
ANEXOS.....	108
ANEXO A - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA.....	109
ANEXO B - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	111
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA.....	120
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	121

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas dois processos têm produzido importantes mudanças no perfil de morbimortalidade mundial: a Transição Demográfica com significativa redução das taxas de natalidade e fecundidade e aumento na expectativa de vida e a Transição Epidemiológica que ocasionou a diminuição da taxa de incidência de Doenças Infecciosas e Transmissíveis e o aumento concomitante das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTS). Muitos fatores de risco têm contribuído para o surgimento das DANTS, tornando-as multicausais: alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo e o álcool, que combinados, aumentam a probabilidade das pessoas adoecerem por estes agravos (BRASIL, 2011a).

As DANTS (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, doenças renais e o câncer) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). São as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011c).

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. Nos países desenvolvidos os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres (BRASIL, 2014).

O Brasil não é exceção à tendência observada na maioria dos países. Desde a década de 60, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das patologias (BRASIL, 2008). As

DANTS são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (BRASIL, 2011c).

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Essa neoplasia é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014).

Vários fatores de risco para o câncer de mama já foram identificados, como fatores de estilo de vida e ambientais, por outro lado, nas últimas décadas a relação entre fatores psicossociais e este tipo de câncer tem sido muito questionada e pesquisada. No campo da oncologia, uma linha de investigação diz respeito a provável associação entre eventos de vida e o surgimento da neoplasia mamária.

Uma variedade de instrumentos de pesquisa, incluindo entrevistas e questionários estruturados têm sido utilizados na tentativa de quantificar o impacto dos eventos de vida na vida das pessoas. O tema ganhou destaque, principalmente, após a publicação da Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967). A escala baseia-se no conceito de que qualquer evento, agradável ou desagradável, é considerado um fator estressor.

A relação entre a mente e o corpo é um problema complexo que tem fascinado a humanidade há séculos. Existem muitos estudos que investigam a relação entre esses eventos e o câncer de mama, mas os resultados são contraditórios.

## 1.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde do Brasil de forma limitada, preconizando programas materno-infantis. Esses programas foram muito criticados, principalmente pelo movimento feminista, uma vez que a mulher ficava sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2011b; OSIS, 1998). Em meio a fortes reivindicações, em 1984, o Ministério da saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que passou a eleger outras prioridades e ações, trazendo uma nova perspectiva para a abordagem integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2011b; TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

O PAISM rompe com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista como produtora e reprodutora de força de trabalho pelo sistema de saúde (SOUTO, 2008). O novo programa atendia as necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, além de incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2011b). Destacou-se por ter sido o programa estatal pioneiro a implantar o planejamento familiar no Brasil, tornando-se referência para a saúde pública por incorporar princípios defendidos pelo movimento da reforma sanitária (MESQUITA, 2010).

Em 28 de maio de 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Princípios e Diretrizes. Elaborada segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e particularidades da nova política de saúde, priorizaram-se algumas problemáticas: doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana, síndrome da imunodeficiência adquirida, saúde mental e gênero, saúde das mulheres

negras, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

A criação da PNAISM ocorreu em um contexto mais amplo de luta por direitos relativos à saúde. Nesse processo, a criação de uma política de saúde específica para mulheres demandou, necessariamente, a produção de determinados grupos como sujeitos de direitos objetivando assegurar, sobretudo, a representação de mulheres, que, historicamente, tiveram direitos negados (PAZ; SALVARO, 2011).

Ao final da década de 90, surgiu o Programa Viva Mulher, também criado pelo MS e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), inserindo o Sistema de Informação em Saúde de Controle do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Este último, implantado em 2009, tinha o objetivo de mostrar a realidade dos estados e municípios e proporcionar o gerenciamento adequado das ações de detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2002). As ações do Viva Mulher, apesar de mais voltadas para os tumores de colo uterino, contemplavam também ações de detecção precoce dos tumores de mama.

Em busca de definir as estratégias para o controle do câncer de mama o INCA desenvolveu, em parceria com o Ministério da Saúde, o Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004). Dentre os meios de detecção precoce destacam-se: o exame sistemático da mama, feito pelo profissional de saúde; a mamografia, um exame radiológico de alta precisão e custo igualmente elevado e ainda com um difícil acesso a população de menor poder aquisitivo; e ainda, o autoexame da mama, que é uma avaliação feita pela própria mulher.

Em março de 2011 houve lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pelo Governo Federal para o controle do câncer de mama. O objetivo principal desse plano de fortalecimento é reduzir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento da doença,

de modo a diminuir sua mortalidade. As ações sobre o câncer de mama, desenvolvidas até 2014, visam à ampliação do acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, em especial a mamografia (BRASIL, 2011d).

Dentro do contexto de evolução das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher, é perceptível que o Brasil tem caminhado no sentido de garantir o direito ao diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher, mas apesar dos significativos avanços, esse processo precisa acompanhar as mudanças da sociedade e, portanto, deve ser inesgotável.

## 1.2 CÂNCER

O câncer é uma doença multifatorial ocasionada pela proliferação desordenada de células que invadem tecidos e órgãos. Sua formação está relacionada tanto a fatores intrínsecos (herança genética, idade, gênero, raça/cor) quanto a fatores extrínsecos (hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, radiação ionizante, poluição) (BRASIL, 2008).

De acordo com o GLOBOCAN 2012, ocorreram 14,1 milhões de novos casos de câncer e 8,2 milhões de mortes relacionadas ao câncer em 2012. Os cânceres mais comumente diagnosticados em todo o mundo foram os de pulmão (1,8 milhões), de mama (1,7 milhões) e colorretal (1,4 milhões). Projeções, baseadas nestas estimativas, preveem um aumento significativo de 19,3 milhões de novos casos de câncer por ano até 2025, em virtude do crescimento e envelhecimento da população mundial (FERLAY et al., 2014).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014/15 indicam a ocorrência de aproximadamente 576.000 casos novos de câncer, sendo os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral os

tipos mais incidentes para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide os mais incidentes para o sexo feminino (BRASIL, 2014).

### 1.3 CÂNCER DE MAMA

A mama feminina constitui-se de um corpo glandular que repousa sobre a parede torácica. É envolto por pele e se estende até a região da axila formando o prolongamento axilar. A pele se diferencia em sua porção central, formando a aréola de onde emerge a papila. O corpo glandular é formado por lóbulos e ductos que são sustentados por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. O assoalho muscular é composto principalmente pelos músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior (BRASIL, 2013a).

O câncer de mama origina-se de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos (BRASIL, 2013a).

Existem muitos fatores de risco que predisõem o surgimento do câncer de mama, ligados tanto ao aspecto genético quanto à idade avançada, à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, idade da primeira gestação, nuliparidade, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e reposição hormonal), aos fatores ambientais (exposição à radiação ionizante) e comportamentais (ingestão de álcool, sedentarismo e obesidade) (BRASIL, 2011; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007).

### 1.4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente no âmbito mundial e o primeiro entre as mulheres, respondendo por 23% (1,38 milhões) dos casos novos e 14% (458.400) do total de mortes por câncer em 2008 (FERLAY et al., 2010). A doença apresenta uma distribuição universal tendo elevada incidência tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Segundo INCA, no Brasil, o câncer de mama apresenta-se como o segundo tipo mais frequente entre todas as neoplasias nas mulheres, sendo a estimativa de casos novos da doença para 2014 de 57.120 (BRASIL, 2014). Além disso, as taxas de mortalidade ocasionadas por esta doença continuam elevadas no país, correspondendo a 14.305 óbitos em 2013, primeira causa de morte por câncer entre as mulheres (BRASIL, 2013a).

A estimativa para 2014 das taxas brutas de incidência da neoplasia mamária, segundo o INCA (BRASIL 2014), foi de novecentos e noventa casos por 100 mil habitantes no Espírito Santo e de cento e trinta casos por 100 mil habitantes na capital Vitória. Em relação à mortalidade, em 2013 foram registrados 269 óbitos no Estado e 37 óbitos na capital (BRASIL, 2013b).

## 1.5 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Devido aos múltiplos fatores de risco relacionados e a dificuldade em avaliar a real contribuição de cada um no desenvolvimento do tumor mamário, é possível apenas reduzir as chances de ocorrência da doença, através da modificação desses fatores, mas não preveni-la. Assim, a maioria dos esforços relacionados ao controle dessa doença está focada nas ações de detecção precoce, isto é, à descoberta dos tumores mamários ainda pequenos.

Para a detecção precoce do câncer de mama o INCA recomenda o rastreamento anual por meio do exame clínico da mama para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade; o rastreamento por mamografia, para

mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres pertencentes a grupos de riscos; e garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2014). Também é recomendando, de forma complementar, o autoexame das mamas, fazendo com que as mulheres mantenham-se atentas às alterações em suas mamas e reportem qualquer alteração ao profissional de saúde (BRASIL, 2013c).

Embora esse tipo de carcinoma tenha, relativamente, um bom prognóstico, as taxas de mortalidade por câncer de mama permanecem elevadas no Brasil, possivelmente porque a doença seja diagnosticada, em muitos casos, em estádios avançados (FOGAÇA; GARROTE, 2004). Em grande parte das instituições de câncer, os estadiamentos III e IV constituem cerca de 60% dos diagnósticos iniciais (ABREU; KOIFMAN, 2002).

O tratamento precisa ser individualizado e orientado não somente pela extensão da doença, mas também por suas características biológicas e condições da paciente. Além disso, a doença deve ser tratada num contexto multidisciplinar, onde a cirurgia e a radioterapia são responsáveis pelo controle locorregional, e a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica no tratamento sistêmico (BRASIL, 2013c).

## 1.6 AS RESPOSTAS DO ORGANISMO ÀS SITUAÇÕES DE ESTRESSE

Vários fatores de risco estão bem definidos em sua relação causal com o câncer de mama, entretanto, tem sido muito questionado e pesquisado a associação entre a neoplasia mamária e o estresse.

O estresse pode ser entendido como ameaça real ou implícita a integridade física ou psicológica de uma pessoa. Contudo, a generalização da palavra estresse na vida cotidiana fez com que esse termo fosse usado, algumas

vezes, de forma equivocada para descrever os meios pelos quais o corpo lida com os fatores psicossociais, ambientais e físicos (McEWEN, 2000).

A mente tem o poder de envolver todo o corpo através de uma comunicação bidirecional entre o cérebro e os sistemas cardiovascular, imunológico e outros por meio de mecanismos neurais e endócrinos. (McEWEN, 2006).

Segundo McEwen (2007), alostase é o processo de manter a estabilidade (homeostase) do corpo por meios ativos, colocando para fora os hormônios do estresse e outros mediadores. Carga alostática ou sobrecarga é o desgaste no corpo e no cérebro causado pelo uso da alostase, particularmente quando os mediadores estão desregulados, ou seja, não desligado quando o estresse está acima ou não ligado de forma adequada quando eles são necessários.

Através da alostase, vários sistemas fisiológicos, o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), o sistema nervoso autônomo (SNA), sistema cardiovascular e o sistema imunológico, reagem ao estresse, a fim de facilitar a resposta individual e adaptação aos estressores (ESKELINEN; OLLONEN, 2010).

Os hormônios primários mediadores da resposta ao estresse, glicocorticoides e catecolaminas, desempenham funções tanto protetoras quanto prejudiciais ao corpo. A curto prazo eles são essenciais à adaptação, manutenção da homeostase e sobrevivência (alostase) humana. Entretanto, ao persistirem a intervalos de tempo mais longos, eles provocam uma carga alostática que pode provocar e acelerar processos de doença (McEWEN, 2000; McEWEN, 2006).

Na maioria dos casos, os efeitos fisiológicos do estresse agudo são reversíveis devido à capacidade do organismo humano de restabelecer a alostase. Os problemas surgem quando a resposta ao estresse se torna crônica, e conseqüentemente resulta em distúrbios permanentes (NIELSEN et al., 2005).

A percepção ao estresse é influenciada por diversos fatores, tanto genéticos quanto comportamentais. Ao perceber uma situação estressante, o cérebro desencadeia uma série de respostas levando a alostase e adaptação. Com o

tempo a carga alostática pode acumular e a exposição excessiva aos mediadores do estresse pode ocasionar efeitos adversos a vários sistemas do corpo e levar à doença (MCEWEN, 1998).

Os efeitos na modulação do câncer são influenciados não apenas pelos fatores relacionados ao tumor como também pelos aspectos do hospedeiro. A agressividade de um tumor é definida pelo tipo de tecido, grau de diferenciação, funcionalidade da apoptose, mecanismos de reparação do DNA e a sua capacidade para induzir angiogênese e metástase. Por outro lado, a resistência do hospedeiro depende de sua competência imunológica e regulação neuroendócrina, que estão subordinadas à influência do meio (SEPHTON; SPIEGEL, 2003).

O cérebro é o órgão chave da resposta ao estresse, pois tem a capacidade de determinar o que é ameaçador, e, portanto, estressante, e também controla as respostas comportamentais e fisiológicas. Ele se modificando perante um estresse agudo ou crônico e direciona os sistemas do corpo envolvidos nesse processo que provocam mudanças a curto e longo prazo (McEWEN, 2006).

O ciclo circadiano é um indicador muito importante da competência regulamentar dos mecanismos de resposta ao estresse, pois eles refletem a capacidade de um sistema para ligar e desligar de forma adequada. Estressores crônicos podem interromper os ritmos circadianos de sistemas de resposta ao estresse, sendo associado tanto com a incidência de câncer quanto com a sua progressão (SEPHTON; SPIEGEL, 2003).

As respostas ao estresse são mediadas pelo sistema nervoso autônomo e pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com ações complementares através de todo o organismo.

Estímulos ambientais e psicossociais desencadeiam uma cascata de mudanças fisiológicas no sistema nervoso central (SNC) e periferia, que, em seguida, acionam o SNA e o eixo HHA. Eventos estressantes ativam estruturas do sistema límbico, abrangendo o hipotálamo, hipocampo e amígdala. O

hipotálamo secreta o hormônio liberador de corticotropina (CRH) o qual ativa a hipófise para liberar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que estimula a secreção de glucocorticóides a partir do córtex adrenal para a circulação periférica. As respostas ao estresse também envolve a secreção de adrenalina a partir das células da medula adrenal. Além da ativação do eixo HPA, os eventos estressantes também acionam o Sistema Nervoso Simpático (SNS) que funciona por meio de uma série de neurônios interligados regulando os níveis de catecolaminas (SARKAR et al., 2012). O SNS reage ao estresse liberando catecolaminas, principalmente noradrenalina e adrenalina, os chamados hormônios luta-fuga, a partir da glândula supra-renal e de neurônios simpáticos presentes por todo o corpo (ROSS, 2008).

As catecolaminas, os glicocorticoides e outros hormônios do estresse que são subsequentemente liberados a partir da glândula supra-renal, cérebro e terminações nervosas simpáticas podem modular a atividade de vários componentes do microambiente do tumor. Estas atividades envolvem a promoção do crescimento de células do tumor, a migração e a capacidade invasiva e a estimulação da angiogênese, induzindo a produção de citocinas pró- angiogênicas (COSTANZO; SOOD; LUTGENDORF, 2011). Os hormônios do estresse podem também ativar vírus oncogênicos e alterar algumas características imunológicas (LUTGENDORF et al., 2005), incluindo a produção de anticorpos, os perfis de produção de citocinas e tráfico de células. Em conjunto, os efeitos desse processo criam um espaço propício para a iniciação, crescimento e progressão do tumor (ANTONI et al., 2006; HERMES et al., 2009).

De acordo com Simonton et al. (1987), o corpo foi programado de forma que os momentos de estresse, seguidos por uma reação física do tipo lutar ou fugir, causem poucos danos. Entretanto, quando essa resposta fisiológica ao estresse não é descarregada, há o início de um efeito cumulativo no corpo. Esse estresse que se acumula dentro do corpo e não é liberado denomina-se de estresse crônico. É uma concepção cada vez mais aceita que esse tipo de estresse desempenhe um papel fundamental em muitas doenças.

Estudos recentes com animais sugerem que a resposta neuroendócrina do organismo (liberação de hormônios), após uma situação de estresse, pode afetar de forma significativa, muitos aspectos do sistema imunológico (REICHE; NUNES; MORIMOTO, 2004) e processos importantes que ajudam na proteção contra a formação de câncer, como o reparo do DNA e a regulação do crescimento celular (ANTONI et al., 2006).

A intensidade da resposta aguda ao estresse deve ser proporcional à ameaça do estressor, tanto em intensidade como em duração. Assim, a mobilização de energia induzida pelo estresse deve se adequar às necessidades para a restauração do equilíbrio orgânico e deve persistir por um tempo limitado, que não comprometa o organismo (McEWEN, 2007). O estresse crônico ou excessivo tem efeito deletério sobre a imunidade, podendo também exercer influência para o desenvolvimento e progressão tumoral (GODBOUT; GLASER, 2006).

As alterações do sistema imune que podem provocar o surgimento e a progressão do cancro envolvem as células Natural Killer (NK), também conhecidas como células exterminadoras naturais. Um das funções das células NK é destruir certas células infectadas e tumorais. As células T helper aumentam a resposta imunitária através da produção de interleucina - 2 que promove a atividade de células NK. Grandes mudanças de vida, má qualidade conjugal e solidão foram, cada um associado com competência imunológica diminuída (FOX et al., 1994).

A resposta ao estresse é consequência da interação entre as características do indivíduo e as demandas do meio, ou seja, esta ligada a maneira como a pessoa seleciona e processa a informação sobre as condições ou estímulos a serem considerados como importantes (MARGIS et al., 2003). Mesmo que pesquisadores possam prever doenças baseando-se no número de eventos de vida estressantes de uma pessoa, muitos desses indivíduos não ficam doentes, mesmo que tenham recebido enormes cargas de estresse, uma vez que cada um reage de forma diferente à determinada situação de estresse (SIMONTON et al., 1987).

As situações cotidianas, positivas ou negativas, que podem ser provocadoras de estresse, têm sido mencionadas em alguns estudos como eventos de vida (*life events*), eventos de vida estressores, ou ainda, eventos de vida adversos. Esses eventos estão relacionados a mudanças importantes na vida como divórcio, acidente ou doença, morte de alguém da família, aposentadoria, gravidez, mudança de emprego, entre outros.

## 1.7 EVENTOS DE VIDA

Estudados por Holmes e Rahe, pela primeira vez em 1967, os denominados *life events* têm sido alvo de muitas pesquisas nas últimas décadas, entre elas, sua possível relação com o câncer de mama.

Não são apenas os eventos estressantes dramáticos que provocam alterações significativas no corpo, mas também os eventos de vida diário que podem elevar e sustentar as atividades de sistemas fisiológicos (McEWEN, 2006).

Apesar de haver muitos detalhes peculiares que ainda precisam ser explicados e entendidos, alguns estudos vem mostrando, de forma clara, que os eventos de vida estressantes podem influenciar o crescimento, progressão e metástase do câncer, modulando os sistemas nervoso, endócrino e imunológico (SARKAR et al., 2012; SEPHTON; SPIEGEL, 2003).

Segundo Leshan (1992), a química do organismo é afetada pelos sentimentos (que influenciam no desenvolvimento ou na regressão do tumor), assim como a química do corpo afeta os sentimentos. Em certas ocasiões, as pessoas caem em armadilhas no que diz respeito à maneira de se relacionarem com os outros e com elas próprias, podendo estressar demais o organismo, caso perdurem por um longo período. Como consequência, em alguns casos, o corpo reage, manifestando um esgotamento. O mecanismo de defesa contra o câncer pode ficar enfraquecido em virtude deste processo.

Há grande diferença nas formas como as pessoas respondem a situações estressantes e isso se dá conforme as experiências do indivíduo, tanto no início da vida quanto na vida adulta. A ocorrência de eventos de vida positivos ou negativos, no trabalho, na escola, nas relações interpessoais, familiares ou afetuosas podem influenciar um indivíduo, deixando-o mais suscetível a doenças.

Simonton et al. (1987) enfatiza a ideia de que uma doença não é apenas um fato físico, mas um problema que diz respeito à pessoa como um todo, incluindo não somente o corpo, mas também as emoções e a mente. Acrescenta ainda que os estados emocional e mental têm uma função importante tanto no que diz respeito à suscetibilidade à doença, incluindo o câncer, como na recuperação de qualquer doença.

Chen et al. (1995) em um estudo caso controle realizado em Londres mostrou que mulheres com câncer de mama tiveram um risco maior de vivenciar pelo menos um grande evento de vida, cinco anos antes do diagnóstico, do que mulheres com doença benigna da mama (OR= 3,63). Na Finlândia, Lillberg et al. (2003) demonstrou, num estudo de coorte, que independente do total de eventos de vida, o divórcio, a morte de um parente ou amigo e a morte de um marido foram associados com o risco aumentado de câncer de mama.

No Reino Unido, pesquisa desenvolvida por Peled et al. (2008) para examinar a relação entre eventos de vida, sofrimento psíquico e câncer de mama entre as mulheres apontou um risco para o câncer de mama para aquelas que vivenciaram mais de um evento de vida significativo (OR=1,62).

Ollonen et al. (2005) destacaram, em seu estudo caso controle, que mulheres com câncer de mama tiveram significativamente ( $p = 0,02$ ) mais eventos de vida estressantes relevantes nos 10 anos anteriores que precederam a investigação do que as mulheres com doença benigna ou saudáveis

Na Polônia, Kruk (2011) observou que as mulheres com 4 a 6 grandes eventos de vida individuais tiveram um risco 5,33 vezes maior de ter um câncer de

mama em comparação com aquelas que não relataram eventos relevantes. Além disso, notou-se, de forma significativa, um maior aumento do risco para doença pessoal grave, prisão/ problemas com a lei e morte de um membro próximo da família.

Outros estudos que também investigaram a relação dos eventos de vida estressores com o câncer de mama não identificaram qualquer associação (SURTEES et al., 2010; PRIESTMAN; PRIESTMAN; BRADSHAW, 1985; PROTHEROE et al., 1999; GOLDBERG; COMSTOCK, 1976).

Holmes e Rahe (1967) estudaram uma série de eventos, que denominaram de unidades de eventos de vida. Através de constatações empíricas os autores demonstraram a existência de um consenso geral sobre o grau com que determinados eventos de vida envolvem mudanças e requerem reajustes por parte dos indivíduos. Assim, um evento de vida se torna estressor na medida em que causa mudanças ou exige que os indivíduos reorganizem sua rotina normal. Esse trabalho levou a criação da Escala de Classificação de Reajuste Sociais em que para cada evento de vida foi dado um peso obtido usando os métodos de psicofísica.

Experienciar os eventos de vida estressantes não estabelece, por si só, resultados negativos para o indivíduo. As consequências desses eventos para o bem-estar estão subordinadas à avaliação cognitiva sobre a natureza e demanda que respectivos eventos exercem sobre os recursos pessoais e sociais, assim como às estratégias de enfrentamento que são capazes de mobilizar (FORTES-BURGOS; NERLI; CUPERTINO, 2008).

Eventos de vida como a perda de entes queridos, casamento, nascimento de filhos, aposentadoria, divórcio, entre outros, determinam situações de transição no curso da vida, marcam a passagem de um momento evolutivo para outro, exprimem a passagem do tempo individual, refletem progresso normal, sinalizam a conquista ou não de metas e perspectivas. Esses eventos têm a grande capacidade de influenciar o decorrer do desenvolvimento humano, assim como guiar a personalidade em direção ao enfrentamento, uma vez que

são circunstâncias que desafiam o ajustamento social, psicológico e biológico (FORTES-BURGOS; NERLI; CUPERTINO, 2008).

Como um problema de saúde pública, o câncer de mama se torna alvo de muitos estudos, principalmente sua possível relação com os eventos de vida estressantes que ocasiona tanta divergência entre os autores.

O Quadro 1 apresenta alguns estudos realizados entre pacientes com câncer de mama onde o objetivo central do estudo era avaliar a relação entre os eventos de vida e o risco de câncer de mama.

**Quadro 1 – Estudos da relação entre os eventos de vida e o câncer de mama desenvolvidos no mundo (continua).**

TÍTULO E AUTOR	ANO DA PUBLICAÇÃO, REVISTA E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	MULHERES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><b><i>Adverse life events and breast cancer: case-control study</i></b></p> <p>CHEN et al.- Londres</p>	<p>1995</p> <p><i>BMJ</i></p> <p>Investigar a força da associação entre os eventos de vida passados e o desenvolvimento de câncer de mama.</p>	<p>Estudo caso controle</p>	<p>O grupo controle (72) foi composto por mulheres recrutadas após a mamografia devido a uma lesão suspeita e que estavam prestes a realizar a biópsia. O grupo de casos (47) foi composto por mulheres com sintomas de câncer de mama que estavam aguardando os resultados de uma biópsia. Mulheres com idade entre 20 e 70anos.</p> <p>Avaliação de eventos de vida 5 anos antes do diagnóstico;</p>	<p>41 casos foram diagnosticados com câncer de mama; os 78 pacientes restantes foram diagnosticados com doenças benignas da mama.</p> <p>Dezenove dos 41 pacientes com câncer, em comparação com 15 dos 78 controles vivenciaram pelo menos um grande evento de vida cinco anos antes do diagnóstico (OR 3-63 (95% de intervalo)</p>
<p><b><i>Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study</i></b></p> <p>LILLBERG et al. - Finlândia</p>	<p>2003</p> <p><i>American Journal of Epidemiology</i></p> <p>Investigar, prospectivamente, a relação entre eventos de vida estressantes e o risco de câncer de mama entre as 10.808 mulheres da coorte de gêmeos finlandeses.</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>Pares de gêmeos do mesmo sexo nascidos antes de 1958, em que ambos os gêmeos estavam vivos em 1975. Foram aplicados dois questionários de seguimento, um em 1981 e outro em 1990. A média de idade foi 41 anos. Foram 15 anos de seguimento. Total de 10 808 mulheres.</p>	<p>Foram identificados 180 casos incidentes de câncer de mama. A taxa de risco ajustada de câncer de mama por aumento de um evento no número total de eventos de vida foi de 1,07 (intervalo de confiança de 95% (CI): 1.00, 1.15). Independente do total de eventos de vida, o divórcio / separação (hazard ratio (HR) = 2,26, 95% CI: 1,25, 4,07), a morte de um marido (HR = 2,00, 95% CI: 1,03, 3,88), e a morte de um parente ou amigo (HR = 1,36, 95% CI: 1,00, 1,86) foram associados com risco aumentado de câncer de mama.</p>

**Quadro 1** – Estudos da relação entre os eventos de vida e o câncer de mama desenvolvidos no mundo (continua).

TÍTULO E AUTOR	ANO DA PUBLICAÇÃO, REVISTA E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	MULHERES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><b><i>Breast cancer, psychological distress and life events among Young women</i></b></p> <p>PELED et al. – Reino Unido</p>	<p>2008</p> <p><i>BMC Cancer</i></p> <p>Examinar a relação entre eventos de vida, sofrimento psíquico e câncer de mama entre as mulheres jovens.</p>	Estudo caso controle	Amostra composta por mulheres com idade entre 25 e 45 anos. 255 foram diagnosticadas com câncer de mama e 367 eram mulheres que não tinha câncer de mama ou outra doença maligna.	Não houve associação positiva com cada evento de vida separado. No entanto, a exposição a um número acumulado de eventos (mais de um) foi positivamente associado com a doença. Vivenciar mais de um evento de vida significativo (grave e / ou leve a moderado) foi considerado um fator de risco para câncer de mama entre as mulheres jovens (OR :1.62 95% CI: 1.09–2.40).
<p><b><i>Stressful and Adverse Life Experiences in Patients with Breast Symptoms; a Prospective Case-control Study in Kuopio, Finland</i></b></p> <p>OLLONEN et al. – Finlândia</p>	<p>2005</p> <p><i>Anticancer Research</i></p> <p>Examinar o papel dos eventos de vida estressantes como um fator de risco para câncer de mama.</p>	Estudo caso controle	Mulheres com sintomas na mama foram encaminhadas para um hospital e entrevistadas sobre eventos de vida estressantes, assim, os dados foram obtidos antes do diagnóstico. As mulheres tinham idade entre 20 e 75 anos. As características e gravidade das experiências de vida estressantes foram divididas em quatro graus, muito grave (grau IV), grave (grau III), moderada (grau II) e leve (grau I).	34 mulheres (29,6%) foram diagnosticadas com câncer de mama, 53 (46,1%) com doença benigna da mama, e 28 (24,3%) com mamas saudáveis. As mulheres com câncer de mama tiveram significativamente ( $p = 0,02$ ) mais eventos de vida estressantes muito graves (IV) e graves (III) nos 10 anos anteriores que precederam a investigação do que as mulheres com doença benigna ou saudáveis. Os resultados deste estudo apoiam uma associação entre os eventos de vida estressantes e o risco e câncer de mama.

**Quadro 1** – Estudos da relação entre os eventos de vida e o câncer de mama desenvolvidos no mundo (continua).

TÍTULO E AUTOR	ANO DA PUBLICAÇÃO, REVISTA E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	MULHERES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><b><i>Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: A case-control study</i></b></p> <p>KRUK, Joanna - Polônia</p>	<p>2011</p> <p><i>Stress</i></p> <p>Examinar a relação entre os eventos de vida severos e o risco de câncer de mama.</p>	Estudo caso controle	O grupo de casos foi composto por 858 mulheres com câncer de mama invasivo com idade entre 28 e 79 anos. O grupo controle foi composto por 1.085 mulheres recrutadas aleatoriamente no ambulatório, semelhantes aos casos, mas livres de câncer ou outra doença crônica. Os casos foram menos escolarizados, mais propensos a ter um histórico familiar de câncer de mama, e menor duração da comparação com os controles de amamentação. Os casos também foram mais propensos a serem fumantes.	Após o ajuste para possíveis fatores de risco de câncer de mama, as mulheres com 4-6 grandes eventos de vida individuais tiveram risco 5,33 vezes maior de câncer de mama, em comparação com aqueles no quartil mais baixo. O maior aumento, estatisticamente significativo, do OR foi observado para doença pessoal grave (OR= 3.74, 95% IC: 1.99–7.03), prisão / problemas com a lei (OR= 3.74, 95% IC: 1.99–7.03), morte de um membro próximo da família (OR=3.14, 95% IC: 2.18–4.54).
<p><b><i>Early and chronic stress and their relation to breast cancer</i></b></p> <p>JACOBS et al. - USA</p>	<p>2000</p> <p><i>Psychological Medicine</i></p> <p>Testar a relação entre o aumento do risco de câncer e estresse psicossocial, com a expectativa de que a associação de estresse que teve origem na infância ou início da idade adulta, como a morte de um pai ou depressão crônica, será significativamente associada com a hospitalização pela doença.</p>	Estudo de coorte	Amostra de 1.213 mulheres participantes de um estudo que teve seguimento de 1980 – 1994/95 com idade média de 43 anos no início do estudo.	O câncer foi significativamente associada com a morte materna (OR=0,38, $P<0,0001$ ). As mulheres que vivenciaram a morte materna na infância têm um risco de câncer de mama que é mais de duas vezes superior ao das mulheres cujas mães ainda estão vivas (OR= 2,56).

**Quadro 1** – Estudos da relação entre os eventos de vida e o câncer de mama desenvolvidos no mundo (conclusão).

TÍTULO E AUTOR	ANO DA PUBLICAÇÃO, REVISTA E OBJETIVOS	TIPO DO ESTUDO	MULHERES E CRITÉRIOS	RESULTADOS
<p><b><i>Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study</i></b></p> <p>KRUK et al. Polônia</p>	<p>2004</p> <p>Cancer Detection and Prevention</p> <p>Determinar se o estresse psicológico, na forma de eventos de vida passados e estresse no trabalho, foi associado com o desenvolvimento de câncer de mama.</p>	<p>Estudo caso controle</p>	<p>Os casos foram compostos por 257 mulheres selecionadas após terem sido submetidas a mastectomia radical, com idade entre 35-88 anos. Os controles foram mulheres (565) com idade entre 35 e 93 anos admitidos aos hospitais ou clínicas, livres de qualquer diagnóstico de câncer.</p>	<p>Após o ajuste para idade e outros fatores de confusão em potencial, observou-se que as mulheres com grandes eventos de vida, estresse da atividade diária, e depressão tinham 3,7 vezes maior risco de câncer de mama, em comparação com aqueles que não sofreram tal estresse (OR = 3.70; 95% CI, 2.61–5.26)</p> <p>Com relação a fatores de estresse, como a morte do cônjuge, a morte de um membro da família e uma doença grave, a proporção de mulheres com câncer de mama foi mais alto do que os indivíduos controle.</p>

Frente ao exposto, alguns questionamentos surgiram para a realização do presente estudo: quais os principais eventos de vida relatados pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama? Qual o tempo médio entre o evento de vida e o aparecimento do tumor? Qual a sobrecarga ocasionada pelo evento? Existe alguma relação entre metástase e eventos de vida?

## **2. OBJETIVOS**

- Identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em um hospital de referência no estado do Espírito Santo;
- Examinar o tempo transcorrido entre o evento de vida e o diagnóstico de câncer de mama;
- Examinar a diferença entre a sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento da ocorrência e após o diagnóstico de câncer de mama;
- Examinar a associação entre metástase e eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama.

### **3. METODOLOGIA**

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal, onde se avaliou a relação entre eventos de vida e o câncer de mama. Segundo Medronho et al. (2009), o estudo transversal caracteriza-se pela observação de cada indivíduo em uma única oportunidade em local e época demarcados. Aplica-se este tipo de estudo para conhecer como as características, individuais e coletivas, estão distribuídas numa dada população.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia, da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc), no município de Vitória/ES. Trata-se de um Hospital filantrópico reconhecido no Estado como referência em tratamento de câncer.

### 3.3 A POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população constitui-se de mulheres com diagnóstico de câncer de mama do Hospital Santa Rita de Cássia- Afecc, no período de 29 de setembro a 22 de dezembro de 2014. Inclui mulheres que haviam recebido o diagnóstico recentemente, outras que estavam em tratamento, e também, aquelas que já estavam curadas.

### 3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Foi calculado o tamanho de amostra para estimar a prevalência de pelo menos um evento nas mulheres com câncer de mama. Considerando uma população alvo de 2.000 mulheres, prevalência esperada de 70%, erro amostral de 5% e nível de

significância de 5%, o tamanho mínimo da amostra foi de 278 pacientes. Como margem de segurança, foi adotada uma amostra de 300 mulheres.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulher com diagnóstico de câncer de mama atendida no ambulatório Ylza Bianco;
- Ter mais de 18 anos de idade;

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Apresentar déficits cognitivos que impeçam o entendimento do estudo.

### 3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variáveis sociodemográficas: idade, procedência, escolaridade, condição socioeconômica, raça/cor.
- Variáveis clínicas: tempo de diagnóstico e estadiamento.
- Variáveis do instrumento Life Events Units (*LEU/VAS*).

### 3.8 COLETA DE DADOS

Coletou-se os dados no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia no período de setembro a dezembro de 2014. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas foram obtidos através do programa Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC), como fonte de dados secundários do referido Hospital. Prontuários de algumas pacientes foram

utilizados para completar informações relevantes que não foram encontradas no banco de dados.

### 3.9 INSTRUMENTO

Os eventos de vida vivenciados pelas mulheres foram analisados através do instrumento *Life Events Units – LEU/VAS* que tem por objetivo identificar o nível de estresse causado por eventos comuns à vida humana. Foi originalmente formulado por Holmes e Rahe em 1967 dando origem a Escala de Avaliação de Reajustamento Social. No Brasil esta escala foi adaptada por Vasconcellos em 1991 e além de manter os itens originais foi ampliada em mais alguns itens. Baseia-se na ideia de que a dificuldade exigida para que a pessoa se reajuste à sociedade, após mudanças significativas em sua vida, agradáveis ou não, gera um desgaste que pode levar a doenças.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* e o resultado obtido foi 0,78, e aceita como confiabilidade satisfatória. A Consistência Interna: 0,86 –  $p= 0,001$  e a Precisão Temporal: 0,83 –  $p= 0,001$ .

O instrumento consiste numa lista de 51 eventos, como perda do cônjuge, morte na família, mudanças no trabalho, entre outras, que mede a intensidade e duração do tempo necessário de adaptação a um evento de vida e baseia-se no conceito de que qualquer mudança, agradável ou desagradável, é considerada um fator estressante. O instrumento apresenta também a possibilidade de incluir outros eventos de vida que não fazem parte da lista original, mas que podem ser mencionados pelas mulheres durante a entrevista.

Nesse novo formato, a estrutura de avaliação de cada evento perdeu a atribuição padronizada de pontos dada pelos autores americanos oferecendo ao participante a possibilidade de que ele mesmo atribua ao evento estressante ocorrido em sua vida

uma pontuação que varia de 10 a 100 pontos. Além disso, é solicitado que a pessoa: a) indique a ocorrência e a repetição dos acontecimentos (ano); b) o aspecto do evento (positivo ou negativo); c) o impacto ocasionado na época do acontecimento (valor de 10 a 100); d) o impacto de cada acontecimento, atualizado na vida do sujeito (valor de 10 a 100); e) a distinção entre a ocorrência direta na vida do sujeito, ou de alguém importante para ele. Portanto, o instrumento adaptado por Vasconcellos envolve um campo de estresse mais abrangente e dinâmico.

### 3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excell 2010 for Windows e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais – SPSS, VERSÃO 20.0. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para comparação dos dados obtidos em diferentes momentos e o teste qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis do perfil e o número de eventos de vida e examinar a associação entre eventos de vida e metástase. O Intervalo de confiança considerado foi de 95 % e o nível de significância para todos os testes foi  $p < 0,05$ .

### 3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Submeteu-se e aprovou-se o estudo no Centro de Estudos do Hospital Santa Rita de Cássia-Afecc e Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), projeto de pesquisa nº 804.020 (ANEXO D). Aprovado em 24 de setembro de 2014.

A participação das mulheres se deu voluntariamente, e todas as entrevistadas receberam orientação sobre o direito à recusa e abandono da entrevista quando

desejasse. Para inclusão na pesquisa todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### **4. RESULTADOS**

**4.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1:**  
EVENTOS DE VIDA EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE  
MAMA

#### 4.1.1 Resumo

**Objetivo:** Identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, examinar o tempo transcorrido entre o evento e o diagnóstico e examinar a diferença entre a sobrecarga ocasionada pelo evento no momento da ocorrência e após o diagnóstico dessas mulheres. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória – ES. Compõe-se a amostra por 300 mulheres. Coletaram-se os dados no período de setembro a dezembro de 2014. Utilizou-se o instrumento *Life Events Units - LEU/VAS* que se baseia na Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe, que no Brasil foi adaptada por Vasconcellos. Para análise dos dados, utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0, através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicaram-se ainda os teste não paramétrico de *Wilcoxon* e o qui-quadrado. **Resultados:** A média de idade foi de 53 anos. Predominou-se raça/cor não branca (65%), nível de instrução menor que 8 anos de estudo (64%) e mulheres casadas (54%). Identificou-se que a maioria da amostra relatou pelo menos um evento de vida (99,3%). Predominaram-se mulheres com nenhum evento positivo (80,3%). Os principais eventos de vida relatados foram: morte de alguém na família (83%), mudança na condição financeira (21%), divórcio (18%), prisão (18%) e acidente/doença (16%). As medianas do tempo transcorrido entre os eventos de vida mais relatados e o diagnóstico de câncer de mama variaram de 5 a 15 anos. Observou-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre a sobrecarga ocasionada pelos eventos de vida nos dois momentos examinados. **Conclusão:** Os resultados deste estudo são potencialmente importantes, pois dão suporte a uma melhor compreensão sobre o tema eventos de vida e sua possível relação com o câncer de mama. Estudos futuros são necessários para aprofundar melhor o entendimento desta relação.

**Descritores:** neoplasias da mama; acontecimentos que mudam a vida; estresse.

#### 4.1.2 Abstract

**Objective:** To identify the life events in women diagnosed with breast cancer, to examine the time between the event and the diagnosis of breast cancer and to examine the difference between the overload caused by the event at the time of occurrence and after diagnosis of these women. **Methods:** Cross-sectional study conducted at Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória - ES. Consists the sample of 300 women. The data-collected from September to December 2014. We used the instrument Life Events Units – LEU/VAS that is based on the Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe. Data were analyzed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0, through calculations of frequency, mean, median and standard deviation. Was applied even the non-parametric Wilcoxon and chi-square tests. **Results:** The mean age was 53 years. Predominated women with race/color non-white (65%), with less than 8 years of education (64%) and married (54%). It was found that most of the sample reported at least one life event (99,3%). Major life events reported were: death of someone in the family (83%), changes in financial condition (21%), divorce (18%), prison (18%) and accident / illness (16%). The median time interval between the most reported life events and the diagnosis of breast cancer ranged from 5 to 15 years. It was observed significant difference ( $p < 0.05$ ) between the overload caused by life events in the two examined moments. **Conclusion:** The results of this study are potentially important as they support a better understanding of the subject life events and its relation to breast cancer. Future studies are needed to better to further deepen this relationship.

**Key words:** breast neoplasms; life change events; stress.

### 4.1.3 Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente no âmbito mundial e o primeiro entre as mulheres<sup>1</sup>. É uma doença multifatorial, sendo os fatores de risco como genética, idade avançada, hormonais, tabagismo, alcoolismo, obesidade entre outros<sup>2,3</sup>, já bem estabelecidos nesta relação causal, entretanto, eles só podem explicar uma parte dos casos.

A complexa relação mente-corpo é um tema que tem intrigado a humanidade há séculos. Há um crescente interesse na relação entre fatores psicossociais e doenças motivando muitos estudos das vias psiconeuroimunológicas como prováveis mediadores do aparecimento e crescimento do câncer de mama.

Essa linha de investigação diz respeito à possível associação entre eventos de vida estressantes e o aparecimento de câncer. Essa associação recebeu grande atenção desde que Holmes e Rahe publicaram, em 1967, a Escala de Classificação de Reajuste Sociais<sup>4</sup>. Baseia-se na ideia de que a dificuldade exigida para que a pessoa se reajuste à sociedade, após mudanças significativas em sua vida, agradáveis ou não, gera um desgaste que pode levar a doenças.

Apesar de haver muitos detalhes que ainda precisam ser explicados e entendidos, alguns estudos têm demonstrado, de forma clara, que os eventos de vida estressantes podem influenciar o crescimento, progressão e metástase do câncer, modulando os sistemas nervoso, endócrino e imunológico<sup>5,6</sup>.

Diversas pesquisas<sup>7-10</sup> têm sido realizadas para investigar essa possível relação ligada a eventos estressantes: mudança de estado civil, tais como separação, divórcio ou viuvez, morte de um filho, parente próximo ou amigo íntimo, doença, mudança na condição financeira, ou prisão, entre outros. Associação positiva entre estresse e câncer de mama foi observada em alguns estudos de coorte<sup>11,12</sup> e em vários estudos caso-controle<sup>13-17</sup>.

Propostas de mecanismos biológicos de riscos de câncer relacionado com o stress incluem alterações neuroendócrinas, tanto no eixo hipotálamo-hipófise–adrenal que regulam a liberação de glicocorticóides e do sistema nervoso simpático que regula os níveis de catecolaminas<sup>18</sup>. Estas modulações podem alterar a resposta imune celular às células malignas<sup>19</sup>, a angiogênese do tumor e a resposta inflamatória<sup>20</sup>, aumentando assim o risco de desenvolvimento e progressão tumoral<sup>21</sup>.

Os hormônios primários mediadores da resposta ao estresse, glicocorticoides e catecolaminas, desempenham funções tanto protetoras quanto prejudiciais ao corpo. A curto prazo eles são essenciais à adaptação, manutenção da homeostase e sobrevivência (alostase) humana<sup>22,23</sup>. Os problemas surgem quando a resposta ao estresse se torna crônica, e conseqüentemente resulta em distúrbios permanentes<sup>24</sup>.

Dessa forma, objetivou-se com este estudo, identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em um hospital de referência no estado do Espírito Santo; examinar o tempo transcorrido entre o evento e o diagnóstico de câncer de mama e examinar a diferença entre a sobrecarga ocasionada pelo evento no momento da ocorrência e após o diagnóstico dessas mulheres.

#### **4.1.4 Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, realizado no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc) - Vitória – ES. O HSRC é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer.

Foi calculado o tamanho de amostra para estimar a prevalência de pelo menos um evento nas mulheres com câncer de mama. Considerando uma população alvo de 2.000 mulheres, prevalência esperada de 70%, erro amostral de 5% e nível de significância de 5%, o tamanho mínimo da amostra foi de 278 pacientes. Como

margem de segurança, foi adotada uma amostra de 300 mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no referido hospital no ano de 2014. Adotaram-se como critérios de inclusão, mulheres com 18 anos ou mais e que tinham diagnóstico de câncer de mama. E como critério de exclusão pacientes que apresentassem déficits cognitivos que impedissem o entendimento do estudo.

Os dados foram coletados nos meses de setembro a dezembro de 2014, onde o instrumento de medida foi aplicado em apenas um momento. Inclui mulheres que haviam recebido o diagnóstico recentemente, outras que estavam em tratamento, e também, aquelas que já estavam curadas.

Analysaram-se os eventos de vida vivenciados pelas mulheres através do instrumento *Life Events Units – LEU/VAS* que tem por finalidade identificar o nível de estresse causado por eventos comuns à vida humana. Foi formulado originalmente nos Estados Unidos por Holmes e Rahe<sup>4</sup> em 1967 quando criaram a Escala de Avaliação de Reajustamento Social. No Brasil ela foi adaptada por Vasconcellos<sup>25</sup> em 1991. Baseia-se na ideia de que a dificuldade exigida para que a pessoa se reajuste à sociedade, após mudanças significativas em sua vida, agradáveis ou não, gera um desgaste que pode levar a doenças.

O instrumento consiste numa lista de 51 eventos, como perda do cônjuge, morte na família, mudanças no trabalho, entre outras, que mede a intensidade e duração do tempo necessário de adaptação a um evento de vida e baseia-se no conceito de que qualquer mudança, agradável ou desagradável, é considerada um fator estressante. O instrumento apresenta também a possibilidade de incluir outros eventos de vida que não fazem parte da lista original, mas que podem ser mencionados pelas mulheres durante a entrevista. As participantes foram questionadas quanto à ocorrência e repetição de algum acontecimento marcante em suas vidas, quanto à data (ano) do episódio, quanto ao aspecto do evento (positivo ou negativo), quanto ao impacto ocasionado em suas respectivas vidas (num valor de 10 a 100) e se o episódio havia acontecido com elas próprias ou com outra pessoa.

Apesar do Instrumento *LEU/VAS* considerar a repetição dos eventos, ou seja, a possibilidade dele ter ocorrido mais de uma vez, o presente estudo considerou apenas a primeira ocorrência dos eventos, uma vez que a maioria das mulheres relatou a ocorrência de cada evento apenas uma vez. Além disso, os eventos com datas de acontecimento posteriores ao diagnóstico de câncer de mama foram desconsiderados por não fazerem parte dos objetivos do estudo.

Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas foram obtidos através do programa Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC), como fonte de dados secundários do referido Hospital. Prontuários de algumas pacientes foram utilizados para completar informações relevantes que não foram encontradas no banco de dados.

Organizou-se os dados no programa *Microsoft Office Excell 2010 for Windows* e analisou-se através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Os resultados foram analisados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para comparação dos dados obtidos de diferentes momentos e o teste qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis do perfil e o número de eventos de vida. O nível de significância adotado foi de 5%.

Submeteu-se e aprovou-se o estudo no Centro de Estudos do Hospital Santa Rita de Cássia-Afecc e Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, projeto de pesquisa nº 804.020.

#### **4.1.5 Resultados**

A Tabela 1 mostra o total de eventos vivenciados por mulheres com câncer de mama. Nota-se que 29,7% delas relataram ter experienciado três eventos de vida e apenas

0,7% da amostra não relatou nenhum evento. Observa-se ainda que apenas 1% da amostra não apresentou qualquer evento de vida negativo e 80,3 % delas não tiveram nenhum evento de vida positivo.

**Tabela 1.** Total de eventos por mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.

Número de eventos	Total de eventos		Eventos Negativos		Eventos Positivos	
	N	%	N	%	N	%
0	2	0,7	3	1,0	241	80,3
1	26	8,7	38	12,7	55	18,3
2	71	23,7	73	24,3	4	1,3
3	89	29,7	100	33,3	0	0
4	80	26,7	62	20,7	0	0
5	28	9,2	20	6,7	0	0
6	3	1,0	3	1,0	0	0
7	1	0,3	1	0,3	0	0
<b>Total</b>	300	100,0	300	100,0	300	100,0

A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e de risco em associação ao número de eventos ocorridos (agrupados em até três eventos e quatro eventos ou mais). Observa-se que a média de idade foi de 53 anos (idade mínima de 28 e máxima de 78 anos), sendo que 63% da amostra apresentaram 50 anos ou mais. Predominou-se a raça/cor não branca visto que 195 entrevistadas se autodeclararam pardas, negras ou amarelas (65%). Quanto ao tempo de estudo, 64% das mulheres tinham menos de oito anos de estudo (n=193).

Em relação ao estado civil, 54% das mulheres eram casadas ou estavam em uma união estável (n=162). Verifica-se que 43% da amostra exercia alguma atividade remunerada. Quando questionadas quanto à renda familiar, 190 mulheres relataram viver com até dois salários mínimos (63%). Quanto à procedência, 187 mulheres residiam na Grande Vitória (62%), 104 eram provenientes de outros municípios do interior do estado (35%). Identificou-se que 292 mulheres possuíam alguma crença

religiosa ou espiritual (97%), sendo a religião católica a mais relatada (54%), seguida pela evangélica (41%).

**Tabela 2.** Distribuição da amostra quanto as variáveis sociodemográficas, clínicas e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014 (continua).

Variáveis	n	%	Número de eventos negativos				p-valor
			até 3 eventos		4 eventos ou mais		
			n	%	n	%	
<b>Faixa etária ao estudo</b>							
≤ 39 anos	27	9,0	24	11,0	3	3,0	<b>0,010</b>
40 a 49 anos	84	28,0	60	28,0	24	28,0	
50 a 59 anos	104	35,0	63	29,0	41	48,0	
60 a 69 anos	65	22,0	53	25,0	12	14,0	
≥ 70 anos	20	6,0	14	7,0	6	7,0	
<b>Faixa etária ao diagnóstico</b>							
≤ 39 anos	41	14,0	34	16,0	7	8,0	0,405
40 a 49 anos	106	35,0	74	35,0	32	37,0	
50 a 59 anos	96	32,0	64	30,0	32	37,0	
60 a 69 anos	45	15,0	33	15,0	12	15,0	
≥ 70 anos	12	4,0	9	4,0	3	3,0	
<b>Tempo em anos de diagnóstico</b>							
< 1 ano	114	38,0	82	38,0	32	37,0	0,684
1 a 5 anos	130	44,0	90	42,0	40	47,0	
6 a 10 anos	34	11,0	27	13,0	7	8,0	
≥ 11 anos	22	7,0	15	7,0	7	8,0	
<b>Raça/Cor</b>							
Branca	105	35,0	72	34,0	33	38,0	0,438
Não branca	195	65,0	142	66,0	53	62,0	
<b>Anos de estudo</b>							
< 8 anos	193	64,0	142	66,0	51	59,0	0,249
≥ 8 anos	107	36,0	72	34,0	35	41,0	
<b>Estado Civil</b>							
Solteira	52	17,0	41	19,0	11	13,0	0,451
Casada/União Estável	162	54,0	110	51,0	52	60,0	
Divorciada/Separada	46	15,0	33	15,0	13	15,0	
Viúva	40	14,0	30	15,0	10	12,0	
<b>Ocupação</b>							
Do lar/ estudante	97	32,0	70	33,0	27	31,0	0,963
Aposentada	74	25,0	53	25,0	21	24,0	
Atividades remuneradas	129	43,0	91	42,0	38	45,0	
<b>Renda Familiar</b>							
< 1 a 2 salários mínimos	190	63,0	134	62,0	56	65,0	0,920
> 2 a 4 salários mínimos	81	27,0	59	28,0	22	26,0	
> 4 salários mínimos	29	10,0	21	10,0	8	9,0	

**Tabela 2.** Distribuição da amostra quanto as variáveis sociodemográficas, clínicas e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014 (conclusão).

Variáveis	n	%	Número de eventos negativos				p-valor
			até 3 eventos		4 eventos ou mais		
			n	%	n	%	
<b>Procedência</b>							
Grande Vitória	187	62,0	128	60,0	59	69,0	0,246
Outros municípios do ES	104	35,0	78	36,0	26	30,0	
Outros estados	9	3,0	8	4,0	1	1,0	
<b>Crença religiosa/espiritual</b>							
Sim	292	97,0	210	98,0	82	95,0	0,176
Não	8	3,0	4	2,0	4	5,0	
<b>Número de moradores</b>							
≤ 2	134	45,0	90	42,0	44	51,0	0,151
≥ 3	166	55,0	124	58,0	42	49,0	
<b>Atividade física</b>							
Nenhuma	242	81,0	172	80,0	70	81,0	0,911
1 ou 2 x por semana	16	5,0	11	6,0	5	6,0	
3 ou mais x por semana	42	14,0	31	14,0	11	13,0	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>							
Nunca	154	51,0	110	51,0	44	51,0	0,587
Raramente/Socialmente/Fim de semana	12	4,0	7	4,0	5	6,0	
Ex-consumidora	134	45,0	97	45,0	37	43,0	
<b>Tabagismo</b>							
Não fumante	204	68,0	141	65,0	63	73,0	0,068
Ex-fumante	84	28,0	61	29,0	23	27,0	
Fumante atual	12	4,0	12	6,0	0	0,0	
<b>Histórico familiar CA mama</b>							
Sim	95	32,0	68	32,0	27	31,0	0,949
Não	205	68,0	146	68,0	59	69,0	
<b>Estadiamento</b>							
Inicial (I e II)	140	47,0	91	43,0	49	57,0	<b>0,023</b>
Tardio (III e IV)	160	53,0	123	57,0	37	43,0	
<b>Metástase</b>							
Sim	56	19,0	42	20,0	14	16,0	0,501
Não	244	81,0	172	80,0	72	84,0	

A maioria da amostra mostrou-se sedentária (81%), relatou nunca haver ingerido bebida alcoólica (51%), não ser fumantes (68%) e não apresentar histórico familiar de câncer de mama (68%). O estadiamento tardio esteve presente em 53% das mulheres e a grande maioria (81%) não apresentou metástase.

Quando associadas ao número de eventos vivenciados, nota-se que as únicas variáveis que tiveram significância estatística foram faixa etária ao estudo (no momento da coleta de dados) ( $p= 0,010$ ) e estadiamento ( $p= 0,023$ ).

A Tabela 3 apresenta o tempo em anos transcorrido entre os eventos de vida e o diagnóstico de câncer de mama e com quem aconteceu determinado evento. Observa-se que o evento predominante foi “morte de alguém na família”, relatado por 250 mulheres (83%). Em relação ao tempo entre o evento em questão e o diagnóstico, nota-se uma mediana de 15,0 e desvio padrão de 11,6. Ressalta-se ainda, que em todos os casos, este evento foi experienciado pelas próprias mulheres que o relataram e só obteve classificação negativa.

O evento “Mudança na condição financeira”, também com apenas classificação negativa, foi citado por 64 mulheres (21%). O tempo transcorrido entre o evento e o diagnóstico apresenta uma mediana de 10,0 (DP= 10,7) e o evento ocorreu com elas próprias.

Verifica-se que os eventos conjugais “Divórcio”, “Morte do Cônjuge” e “Separação do casal” apresentam características interessantes, visto que recebem classificações tanto negativas quanto positivas. O “divórcio” foi relatado por 54 mulheres (18%), sendo que 23 mulheres o classificaram como um evento negativo e 31 disseram ter sido positivo. As medianas do tempo entre o evento, classificado como negativo e positivo, e o diagnóstico foram 12,0 (DP= 12,8) e 13,0 (DP= 10,0) respectivamente.

O evento de vida “morte do cônjuge” foi mencionado por 39 mulheres (13%), onde 35 delas o classificou como negativo e 4 como positivo. As medianas foram 7,0 (DP= 10,4) e 6,5 (DP= 7,8) respectivamente. De forma semelhante, o evento “separação do casal” também foi citado por 39 mulheres (13%), com 27 delas atribuindo classificação negativa e 12 positiva. Em relação ao tempo entre o evento e o diagnóstico observam-se medianas de 10,0 (DP= 11,1) e 11,0 (DP= 8,3) respectivamente. O evento em

questão ocorreu com 38 mulheres, apenas uma relatou ter acontecido com outra pessoa, atingindo-a de forma indireta.

**Tabela 3.** Tempo em anos transcorrido entre os eventos de vida e o diagnóstico de câncer de mama e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014.

EVENTOS DE VIDA	Tempo em anos do evento ao diagnóstico												Com quem aconteceu			
	Negativo		Positivo		Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo		Evento positivo	
	N	%	N	%	N	M	m	DP	N	M	m	DP	you	others	you	others
1. Morte de alguém na família	250	83,3	0	0,0	250	16,7	15,0	11,6	0	-	-	-	250	0	0	0
2. Mudança na condição financeira	64	21,3	0	0,0	64	11,8	10,0	10,7	0	-	-	-	64	0	0	0
3. Divórcio	23	7,7	31	10,3	23	16,1	12,0	12,8	31	13,9	13,0	10,0	18	5	30	0
4. Prisão	54	18,0	0	0,0	54	7,2	5,0	6,9	0	-	-	-	1	53	0	0
5. Acidente/doença	48	16,0	0	0,0	48	13,3	10,0	11,0	0	-	-	-	36	11	0	0
6. Doença de alguém na família	44	14,7	0	0,0	44	9,2	6,0	9,8	0	-	-	-	44	0	0	0
7. Morte do cônjuge	35	11,7	4	1,3	17	11,6	7,0	10,4	2	6,5	6,5	7,8	35	0	4	0
8. Separação do casal	27	9,0	12	4,0	27	12,6	10,0	11,1	12	10,2	11,0	8,3	26	1	12	0
9. Perda de emprego	27	9,0	0	0,0	27	9,5	4,0	10,2	0	-	-	-	27	0	0	0
10. Problemas familiares	22	7,3	0	0,0	22	7,0	5,0	6,3	0	-	-	-	22	0	0	0
11. Infância difícil	21	7,0	0	0,0	21	40,0	40,0	12,7	0	-	-	-	21	0	0	0
12. Casamento	19	6,3	0	0,0	19	17,5	16,0	11,1	0	-	-	-	19	0	0	0
13. Vícios	17	5,7	0	0,0	17	10,1	7,0	8,9	0	-	-	-	0	17	0	0
14. Dificuldades sexuais	10	3,3	0	0,0	10	5,0	2,5	7,3	0	-	-	-	10	0	0	0
15. Traição	10	3,3	0	0,0	10	11,9	10,0	8,6	0	-	-	-	10	0	0	0

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão

Observa-se na Tabela 4 a sobrecarga que o evento ocasionou na vida da mulher quando ocorreu e a possível sobrecarga que ele ainda poderia exercer no momento da entrevista. Aquelas que relataram morte de alguém na família, quando questionadas quanto à sobrecarga de 10 a 100, apresentaram uma mediana de 100,0 (DP= 15,2) e a sobrecarga que o evento ainda poderia exercer em sua vida no momento na entrevista, mediana de 20,0 e desvio padrão de 32,6 ( $p= 0,001$ ).

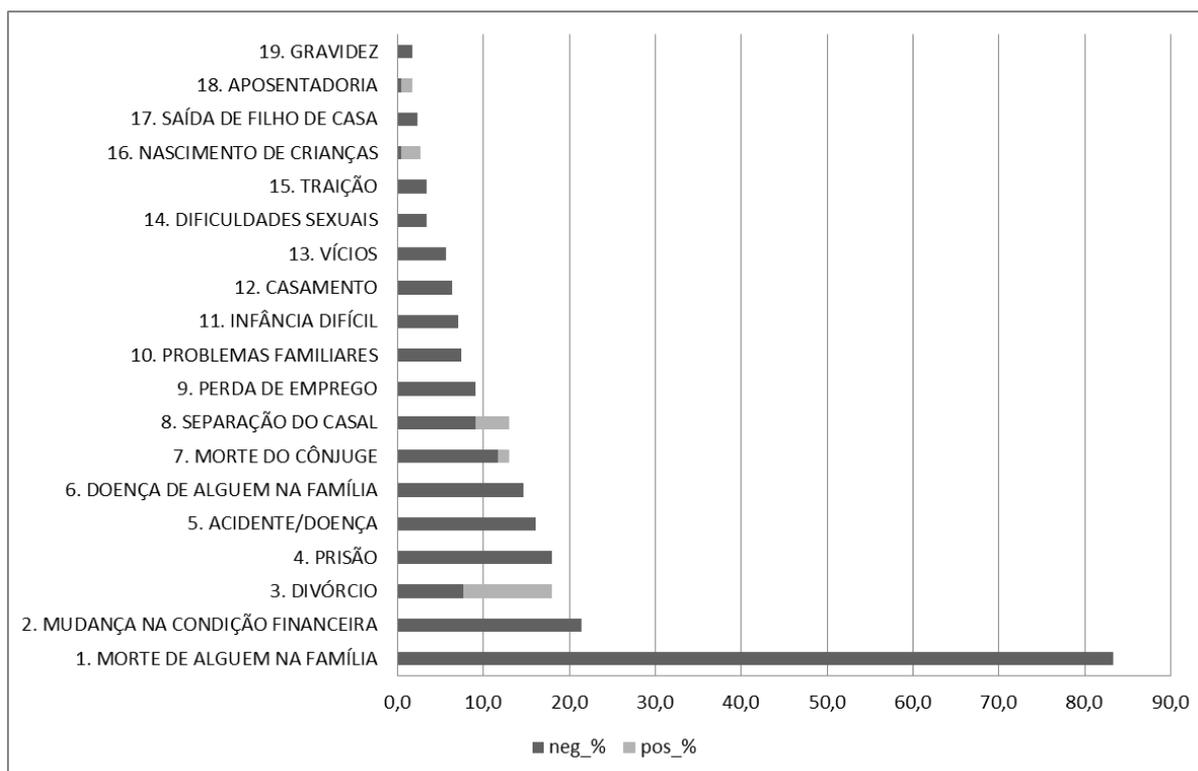
Em relação à “mudança na condição financeira” a mediana da sobrecarga no momento ocorrido foi de 100,0 (DP= 16,8), reduzindo-se, consideravelmente, no momento da entrevista com uma mediana de 10,0 (DP= 18,7) ( $p= 0,001$ ).

Quando comparadas as notas da sobrecarga do evento “divórcio” no momento em que aconteceu e no momento da entrevista nota-se que ambas medianas eram 100,0 e depois passaram para 10,0 ( $p= 0,001$ ).

**Tabela 4.** Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014.

EVENTOS DE VIDA	Nota naquele momento								Nota na entrevista								teste Wilcoxon p-valor
	Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo				Evento positivo				
	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	
1. Morte de alguém na família	250	93,7	100,0	15,2	0	-	-	-	250	37,6	20,0	32,6	0	-	-	-	0,001
2. Mudança na condição financeira	64	89,9	100,0	16,8	0	-	-	-	64	17,5	10,0	18,7	0	-	-	-	0,001
3. Divórcio	23	86,5	100,0	26,9	31	89,7	100,0	19,7	23	31,7	10,0	30,8	31	10,0	10,0	0,0	0,001
4. Prisão	54	85,7	100,0	24,8	0	-	-	-	54	22,6	10,0	27,3	0	-	-	-	0,001
5. Acidente/doença	48	95,2	100,0	15,3	0	-	-	-	48	27,9	15,0	25,4	0	-	-	-	0,001
6. Doença de alguém na família	44	85,8	100,0	23,4	0	-	-	-	44	40,2	30,0	33,0	0	-	-	-	0,001
7. Morte do cônjuge	35	90,6	100,0	22,1	4	70,0	85,0	42,4	35	38,3	30,0	31,2	4	10,0	10,0	0,0	0,001
8. Separação do casal	27	86,5	100,0	23,8	12	77,5	80,0	24,9	27	15,9	10,0	17,6	12	10,0	10,0	0,0	0,001
9. Perda de emprego	27	89,3	100,0	24,6	0	-	-	-	27	24,8	10,0	25,8	0	-	-	-	0,001
10. Problemas familiares	22	98,2	100,0	5,9	0	-	-	-	22	58,5	80,0	36,8	0	-	-	-	0,001
11. Infância difícil	21	92,9	100,0	14,9	0	-	-	-	21	46,7	50,0	29,6	0	-	-	-	0,001
12. Casamento	19	94,7	100,0	9,0	0	-	-	-	19	45,8	10,0	41,3	0	-	-	-	0,001
13. Vícios	17	98,2	100,0	5,3	0	-	-	-	17	47,6	40,0	39,6	0	-	-	-	0,001
14. Dificuldades sexuais	10	81,0	90,0	24,2	0	-	-	-	10	61,0	80,0	40,9	0	-	-	-	0,068
15. Traição	10	97,0	100,0	6,7	0	-	-	-	10	39,0	15,0	37,8	0	-	-	-	0,007

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão



**Figura 1.** Distribuição dos principais eventos de vida relatados pelas mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos principais eventos de vida relatados pelas mulheres da amostra com as respectivas classificações (positivo e negativo). Observa-se que o evento “morte de alguém na família” foi o mais prevalente com 83% e o evento “gravidez” o que menos foi citado com apenas 2%.

#### 4.1.6 Discussão

O tema eventos de vida e doenças tem impulsionado muitos estudos na tentativa de compreender o que a ocorrência de um ou de vários eventos provoca no corpo da pessoa que a deixa mais vulnerável ao surgimento de um

problema de saúde. Apesar de não ser um assunto novo ainda provoca muitas divergências nas pesquisas.

É difícil se definir uma forma de avaliar o estresse da pessoa ao passar por um evento de vida, além do reajuste necessário para se adaptar a nova mudança, por isso há diversas metodologias e inúmeros modelos de estudos.

O presente estudo investigou alguns aspectos em uma amostra de mulheres com câncer de mama: quais eram os eventos mais relatados, se eles foram positivos ou negativos, qual era o tempo transcorrido entre o evento e o diagnóstico do câncer, qual a sobrecarga ocasionada pelo evento (dois momentos) e qual era o percentual de eventos por mulher.

Nessa amostra de 300 mulheres foi possível observar que a maioria delas (99,7%) vivenciou pelo menos um evento de vida importante anos antes do diagnóstico de câncer de mama. Apenas duas mulheres (0,7%) não relataram nenhum evento de vida. Um estudo<sup>15</sup> realizado na Polônia com 858 mulheres com câncer de mama e 1.085 controles mostrou que as mulheres que vivenciaram de 1-3 principais eventos de vida tiveram um risco de 2,33 maior que aquelas que não apresentaram eventos importantes. Identificou ainda que o risco foi para 4,69 quando foram comparadas mulheres que haviam passado por 4-6 eventos importantes.

Resultados encontrados em um estudo de coorte<sup>11</sup> com 10.808 finlandesas identificaram um RR= 2,02 (0,61-6,72) para aquelas mulheres que vivenciaram três ou mais eventos de vida, RR= 1,97 (1,23-3,17) para aquelas que vivenciaram dois eventos e RR= 1,29 (0,89-1,87) para aquelas que passaram por apenas um evento.

Por meio da caracterização sociodemográfica, da amostra observa-se que a média de idade foi de 53 anos, semelhante ao encontrado em um estudo<sup>13</sup> caso controle realizado em Londres onde a média foi de 52 anos. A maioria delas (64%) tinha menos de oito anos de estudo, se auto classificaram como não brancas (65%), e eram casadas (54%) resultados semelhantes ao

encontrado por outros estudos<sup>26,27</sup> realizados com mulheres com câncer de mama no HSRC.

Houve associação significativa entre as variáveis faixa etária no momento da coleta de dados e o estadiamento com o número de eventos vivenciados. Observa-se na literatura uma escassez de estudos com natureza semelhante ao presente estudo, uma vez que é, na maioria, pesquisas para avaliar o risco através de estudos caso controle ou coorte, o que dificulta uma comparação e discussão de resultados.

O principal evento de vida foi “morte de alguém na família” relatado por 83% das mulheres, todos com classificação negativa. Esse dado corrobora com um estudo<sup>28</sup> caso controle realizado em Israel que também teve o evento “morte de um parente próximo” como mais relatado pelos casos (51,9%) e controles (44,5%). Um estudo<sup>12</sup> de coorte realizado em Baltimore com 1.213 mulheres mostrou que aquelas que vivenciaram a morte materna na infância tiveram um risco de câncer de mama de 2,56 vezes maior do que aquelas cujas mães ainda estavam vivendo.

Um estudo<sup>29</sup> realizado na Alemanha identificou que os eventos de vida mais marcantes (como perdas de diferentes tipos) foram predominantes, de forma significativa ( $p < 0,01$ ), nas pacientes com câncer em comparação com os grupos controle.

Os eventos de vida relacionados com o cônjuge também estiveram entre os mais presentes. O evento “divórcio” foi relatado por 54 mulheres, destas 7,7% o classificaram como negativo e 10,3% como positivo. Também teve o evento “separação do casal” que foi relatado por 39 mulheres. Durante as entrevistas foi possível notar que muitas mulheres apresentavam histórias bem sofridas de convivência com seus cônjuges. Falas como “ter me separado foi a melhor coisa da minha vida” e “ele bebia e me batia muito” foram ouvidas diversas vezes. Fatos que explicam a classificação positiva do divórcio ter superado a negativa. Um estudo<sup>11</sup> de coorte com 10.808 finlandesas observou que o risco

de desenvolver câncer de mama foi cerca de duas vezes maior (HR= 2,26) para aquelas que haviam passado por um divórcio ou separação.

Quando questionadas sobre a “morte do cônjuge” a grande maioria referiu ter sido negativa, porém 1,3% afirmou ter sido positiva. É importante ressaltar que algumas falas das mulheres durante as entrevistas e as anotações da pesquisadora ilustram claramente estes resultados: ... *ele era tão ruim comigo e com meus filhos que quando morreu foi um alívio para a gente...*

... *não é que eu queria que ele morresse, mas já que morreu foi melhor assim...*

Um estudo<sup>30</sup> desenvolvido na Noruega, ao analisar 4.491 casos de mulheres com câncer de mama e 44.910 controles encontrou que o risco de câncer de mama entre as viúvas em comparação com as mulheres casadas foi de 1,13. Uma coorte<sup>11</sup> realizada na Finlândia mostrou que as mulheres que haviam perdido o marido apresentaram um risco de duas vezes maior de desenvolver neoplasia mamária em comparação com os controles.

Quanto às medianas do tempo decorrido entre o evento de vida e o diagnóstico de câncer mamário, a maioria foi superior a 5 anos. As pesquisas divergem consideravelmente em relação ao tempo entre evento e diagnóstico e a partir de quanto isso influenciaria no surgimento do câncer. Uma pesquisa<sup>12</sup> realizada nos Estados Unidos sugere que os fatores causadores de câncer de mama ocorrem e se desenvolvem ao longo de um período de 20 anos ou mais, o que vai de encontro a um estudo<sup>17</sup> realizado na Austrália com 98 casos e 98 controles que encontrou associações significativas ao longo de um período de dez anos e nenhuma no período de dois anos.

O fato da maioria dos eventos terem sido classificados como negativos não é uma questão surpreendente, uma vez que grande parte deles são eventos que envolvem perdas e que aconteceram com as próprias entrevistadas.

Em relação à sobrecarga ocasionada pelos eventos de vida tanto no momento em que aconteceu quanto na hora da entrevista, nota-se uma redução significativa em grande parte dos eventos. Infere-se que as mulheres, apesar

do grande impacto causado pelos eventos de vida, souberam trabalhar com a sobrecarga estressante trazida pelos mesmos. Esse é um tema que mexe muito com as pessoas e apesar da maioria ter mostrado um bom enfrentamento da situação, algumas permaneceram com a sobrecarga elevada. Relatos extraídos durante as entrevistas ilustram este resultado, quando uma paciente enfatiza: *... nossa parece que foi ontem que aconteceu isso, a dor não diminui em nada...* Outra paciente: *...não tem como esquecer isso, parece que só piora...*

Acredita-se que o tempo transcorrido entre o evento de vida e a realização da entrevista possa ter influenciado também nesse bom resultado ao comparar-se as sobrecargas dos dois momentos. Além disso, o apoio, seja familiar e ou de amigos, também pode ter influenciado nesse desfecho.

Com o objetivo de avaliar a associação entre eventos de vida estressantes e o desenvolvimento de carcinoma de mama, pesquisadores australianos avaliaram 239 mulheres com câncer de mama e 275 mulheres com doença benigna da mama. Os resultados do trabalho revelaram uma interação significativa entre eventos altamente estressores e apoio social recebido. As mulheres que experimentaram um estressor classificado como altamente ameaçador, nos últimos dois anos, e que estavam sem apoio social/emocional íntimo tiveram um aumento de nove vezes no risco de desenvolver câncer de mama (OR: 9,39)<sup>31</sup>.

#### **4.1.7 Conclusão**

Os resultados deste estudo são potencialmente importantes, pois dão suporte a uma melhor compreensão sobre o tema eventos de vida e sua possível relação com o câncer de mama. Apesar de não ter sido um estudo de risco mostrou que a maioria da amostra vivenciou um ou mais eventos de vida anos antes do diagnóstico da neoplasia, além do impacto do estresse ocasionado pelos mesmos.

É importante salientar que apesar das inúmeras análises estatísticas realizadas, cada pessoa é única, sendo apenas possível compreender uma pequena faceta desse fenômeno por meio de todo um contexto de sua hereditariedade e vivências singulares.

Faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas, principalmente caso controle e também estudos qualitativos que avaliem a subjetividade da representação e das vivências na vida da pessoa que desenvolve o câncer de mama, uma vez que muitos fatores ainda causam divergências nos estudos.

#### **4.1.8 Referências**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: International Agency for Research on Cancer CancerBase – GLOBOCAN 2012. Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)>. Acesso em: 10 fev. 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
3. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública 2011; 27(7): 1259-70.
4. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J psychosom Res 1967; 11(2): 213-8.
5. Sarkar DK, Murugan S, Zhang C, Boyadjieva N. Regulation of cancer progression by  $\beta$ -endorphin neuron. Cancer Res 2012; 72(4): 836-40.

6. Sephton S, Spiegel D. Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease? *Brain Behav Immun* 2003; 17(5): 321-8.
7. Levav I, Kohn R, Iscovich J, Abramson JH, Tsai WY, Vigdorovich D. Cancer incidence and survival following bereavement. *Am J Public Health* 2000; 90(10): 1601-7.
8. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S. Widowhood and divorce in relation to overall survival among middle-aged Norwegian women with cancer. *Br J Cancer* 1995; 71(6): 1343-7.
9. Kennedy B, Valdimarsdóttir U, Sundström K, Sparén P, Lambe M, Fall K et al. Loss of a parent and the risk of cancer in early life: a Nationwide cohort study. *Cancer Causes Control* 2014; 25(4): 499-506.
10. Li J, Johansen C, Hansen D, Olsen J. Cancer incidence in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. *Cancer* 2002; 95(10): 2237-42.
11. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2003; 157(5):415-23.
12. Jacobs JR, Bovasso GB. Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychol Med* 2000; 30(3): 669-78.
13. Chen CC, David AS, Nunnerley H, Mitchell M, Dawson JL, Berry H, Dobbs J, Fahy T. Adverse life events and breast cancer: case-control study. *BMJ* 1995; 311:1527-30.
14. Ollonen P, Lehtonen J, Eskelinen M. Stressful and Adverse Life Experiences in Patients with Breast Symptoms; a Prospective Case-control Study in Kuopio, Finland. *Anticancer Res* 2005; 25(1B): 531-6.

15. Kruk J. Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Stress* 2012; 15(2): 162-71.
16. Kruk J, Aboul-Enein HY. Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Cancer detect prev* 2004; 28(6): 399-408.
17. Ginsberg A, Price S, Ingram D, Nottage E. Life Events and the Risk of Breast Cancer: a Case-control Study. *Eur J Cancer* 1996; 32A(12):2049-52.
18. Ross K. Mapping Pathways From Stress to Cancer Progression. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100(13): 914-7.
19. Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, McGinn S, Maiseri H, Dao M et al. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(28): 7105-13.
20. Costanzo ES, Sood AK, Lutgendorf SK. Biobehavioral influences on cancer progression. *Immunol Allergy Clin North Am* 2011; 31(1): 109-32.
21. Hermes GL, Delgado B, Tretiakova M, Cavigelli SA, Krausz T, Conzen SD, McClintock MK. Social isolation dysregulates endocrine and behavioral stress while increasing malignant burden of spontaneous mammary tumors. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106(52):22393-8.
22. McEwen BS. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22(2): 108-124.
23. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci* 2006; 8(4): 367-81.
24. Nielsen NR, Zhang ZF, Kristensen TS, Netterstrom B, Schnohr P, Gronbaek M. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2005; 331(7516): 1-5.

25. Vasconcellos EG, Coelho MABC, Behlau M.: Da Relação entre Stress e Distúrbio da Voz, in: I Q Marchezan; J L Zorzi; I C Dias Gomes (Orgs.): Tópicos em Fonoaudiologia, 1ed. São Paulo, Lovise, 1996, v. III, 361-388
26. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. Rev Bras cancerol 2011; 57(1): 15-21.
27. Albrecht CAM, Amorim MHC, Zandonade E, Viana K, Calheiros JO. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. Rev. bras. epidemiol [online]. 2013; 16(3): 582-91.
28. Peled R, Carmil D, Siboni-Samocho O, Shoham-Vardi I. Breast cancer, psychological distress and life events among young women. BMC Cancer 2008; 8(245): 1-6.
29. Geyer S. Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast câncer. Sm. Sci. Med 1993; 37(12): 1545-55.
30. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S, Kvinnsland S. Death of a Husband or Marital Divorce Related to Risk of Breast Cancer in Middle-aged Women. A Nested Case-Control Study Among Norwegian Women Born 1935-1954. Eur J Cancer 1994; 30A(4):473-7.
31. Price MA, Tennant CC, Butow PN, Smith RC, Kennedy SJ, Kossoff MB et al. The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interactions. Cancer 2001; 91(4): 686-97.

**4.2. PROPOSTA DE ARTIGO 2:**

ASSOCIAÇÃO ENTRE METÁSTASE E EVENTOS DE VIDA PÓS  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

#### 4.2.1 Resumo

**Objetivo:** Objetivou-se examinar a associação entre metástase e eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória – ES. Compõe-se a amostra por 300 mulheres. Coletaram-se os dados no período de setembro a dezembro de 2014. Utilizou-se o instrumento *Life Events Units - LEU/VAS* que se baseia na Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe, que no Brasil foi adaptada por Vasconcellos. Para análise dos dados, utilizou-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0, através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicaram-se ainda os testes não paramétrico de *Wilcoxon* e o qui-quadrado. **Resultados:** A média de idade foi de 53 anos. Predominaram-se mulheres de raça/cor não branca (65%), com menos de 8 anos de estudo (64%) e casadas (54%). Identificou-se que 21% da amostra relatou pelo menos um evento de vida após o diagnóstico. Das 46 mulheres que evoluíram para metástase, 20 relataram um ou mais eventos de vida ( $p= 0,001$ ). Quando considerado o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o surgimento da metástase nas 46 mulheres, observou-se uma mediana de 18,0 meses (DP= 36,9). Os principais eventos de vida relatados foram: morte de alguém na família, prisão, morte do cônjuge e mudança na condição financeira. As medianas do tempo transcorrido entre os eventos de vida mais relatados e o diagnóstico de câncer de mama variaram de 1 a 8,5 anos. Quanto à sobrecarga ocasionada pelo evento no momento de sua ocorrência e possível sobrecarga ainda existente no momento da entrevista observa-se redução significativa nos eventos morte de alguém na família e prisão. **Conclusão:** O estudo mostrou uma possível relação entre eventos de vida estressantes e metástase. Ressalta-se a importância de uma análise mais complexa para compreender melhor os impactos causados pelos eventos de vida no surgimento e progressão do câncer de mama.

**Descritores:** neoplasias da mama; acontecimentos que mudam a vida; estresse; metástase neoplásica.

#### 4.2.2 Abstract

**Objective:** This study aimed to examine the association between metastasis and life events after diagnosis of breast cancer. **Methods:** Cross-sectional study conducted at Hospital Santa Rita (HSRC), Vitória - ES. The sample was composed by 300 women. Data were collected from September to December 2014. We used the instrument Life Events Units – LEU/VAS that is based on the Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe, that in Brazil was adapted by Vasconcellos. For data analysis, we used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0, through calculations of frequency, mean, median and standard deviation. Was applied even the non-parametric Wilcoxon and chi-square tests. **Results:** The mean age was 53 years. Predominated women with race/color non-white (65%), with less than 8 years of education (64%) and married (54%). It was found that 21% of the sample reported at least one event of life after diagnosis. Of the 46 women who developed metastases, 20 reported one or more life events ( $p = 0.001$ ). When considering the time between diagnosis and the onset of metastasis in 46 women, a median of 18.0 months was observed ( $SD = 36.9$ ). Major life events reported were: death of someone in the family, prison, death of a spouse and changes in financial condition. The median time elapsed between the most reported events of life and the diagnosis of breast cancer ranged from 1 to 8,5 years. With respect to overload caused by the event at the time of its occurrence and possible overload still existing at the time of the interview we see a significant reduction in events death of someone in the family and prison. **Conclusion:** The study showed a possible relationship between stressful life events and metastasis. It emphasizes the importance of a more complex analysis to better understand the impacts caused by life events in the appearance and progression of breast cancer.

**Key words:** breast neoplasms; life change events; stress; neoplastic. neoplasm metastasis.

### 4.2.3 Introdução

Eventos de vida estressantes causam o surgimento e a progressão do câncer de mama? São os questionamentos que muitos estudos têm tentando responder nas últimas décadas. Considerando o fato da relação entre a mente e o corpo ser complexa, os resultados das investigações têm sido inconsistentes e contraditórios.

Alguns estudos<sup>2,3</sup> sugerem que os fatores psicossociais têm efeitos moduladores poderosos sobre o curso do câncer. Apesar de essa concepção ser um objeto de alguma controvérsia, não é inaceitável, uma vez que a variabilidade na progressão da neoplasia é determinada não apenas por aspectos relacionados ao tumor, mas também pelas particularidades do hospedeiro<sup>4</sup>.

Os eventos de vida estressantes podem favorecer o crescimento do câncer e metástase, através da modulação dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico<sup>5</sup>, com isso, alguns estudos<sup>3,6-8</sup> têm sido conduzidos na tentativa de se conhecer melhor essa associação.

Além disso, algumas pesquisas<sup>9,10</sup> sobre estresse e enfrentamento mostraram uma ação sobre o sistema imunológico mediada pelo estresse ocasionando uma redução das células *natural killer* e conseqüentemente progressão do câncer.

Toda exposição prolongada ao estresse ocasiona uma ativação do sistema endócrino por meio do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA) e como consequência resulta num aumento da produção de cortisol. Esse processo de elevação do cortisol prejudica o organismo a exercer suas atividades de longo prazo e ocasiona a imunossupressão do corpo, deixando-o suscetível a diversas ameaças<sup>3</sup>.

O corpo foi programado de forma que os momentos de estresse, seguidos por uma reação física do tipo lutar ou fugir, causem poucos danos. Entretanto,

quando essa resposta fisiológica ao estresse não é descarregada, há o início de um efeito cumulativo no corpo. A curto prazo, os hormônios do estresse são essenciais à sobrevivência humana<sup>11,12</sup>. Entretanto, a resposta contínua ao estresse, ou seja, o estresse crônico ocasiona distúrbios permanentes<sup>13</sup>.

Frente ao exposto, o objetivo do presente estudo foi examinar a associação entre metástase e eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas em um hospital de referência no estágio do Espírito Santo.

#### **4.2.4 Metodologia**

Estudo transversal, realizado no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), mantido pela Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc) – Vitória – ES. O HSRC é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer e que também disponibiliza especialidades gerais.

A amostra foi composta por 300 mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no hospital no ano de 2014. Determinou-se como critérios de inclusão mulheres com 18 anos ou mais e que tinham diagnóstico de câncer de mama. E como critério de exclusão, pacientes que apresentassem déficits cognitivos que impedissem o entendimento do estudo.

Coletou-se os dados durante os meses de setembro a dezembro de 2014, onde o questionário foi aplicado em um único momento. Fazem parte desta amostra mulheres com diagnóstico recente, mulheres que estavam em tratamento e também que já estavam curadas.

O instrumento utilizado foi o *Life Events Units - LEU/VAS* que se baseia na Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe<sup>14</sup> – 1967, adaptada e validada por Vasconcellos<sup>15</sup> (1991). Sustenta-se na ideia de que a dificuldade exigida para que a pessoa se reajuste à sociedade, após mudanças

significativas em sua vida, agradáveis ou não, gera um desgaste que pode levar a doenças.

O *LEU/VAS* consiste numa lista de 51 eventos que mede a intensidade e duração do tempo necessário de adaptação a um evento de vida e baseia-se no conceito de que qualquer mudança, agradável ou desagradável, é considerada um fator estressante. O instrumento apresenta também a possibilidade de incluir outros eventos de vida que não fazem parte da lista original, mas que podem ser mencionados pelas mulheres durante a entrevista. As participantes foram questionadas quanto à ocorrência e repetição de algum acontecimento marcante em suas vidas, quanto à data (ano) do episódio, quanto ao aspecto do evento (positivo ou negativo), quanto ao impacto ocasionado em suas respectivas vidas (num valor de 10 a 100) e se o episódio havia acontecido com elas ou com outra pessoa.

Embora o *LEU/VAS* considere a possibilidade do evento ter ocorrido mais de uma vez, o presente estudo considerou apenas a primeira ocorrência dos eventos, uma vez que a maioria das mulheres relatou a ocorrência de cada evento apenas uma vez. Além disso, utilizou-se somente os eventos com datas de acontecimento posteriores ao diagnóstico de câncer.

Ainda, realizou-se levantamento de dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas por meio do programa Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC), como fonte de dados secundários do referido Hospital. Prontuários de algumas pacientes foram utilizados para completar informações relevantes que não foram encontradas no banco de dados.

Para análise, os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e analisados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Analisaram-se os resultados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se ainda o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação dos dados obtidos em diferentes momentos e o teste qui-quadrado para verificar a associação entre a variável

metástase e o número de eventos de vida. O nível de significância adotado foi de 5%.

Submeteu-se e aprovou-se o estudo no Centro de Estudos do Hospital Santa Rita de Cássia-Afecc e Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, projeto de pesquisa nº 804.020.

#### **4.2.5 Resultados**

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica, clínica e de risco das mulheres. Observa-se que 63% da amostra apresentaram 50 anos ou mais, predominou-se a raça/cor não branca (65%) e mulheres que tinham menos de oito anos de estudo (64%).

Em relação às mulheres nota-se que 54% das mulheres eram casadas ou estavam em uma união estável (n=162), 43% exercia alguma atividade remunerada, 190 relataram viver com até dois salários mínimos (63%), 187 delas residiam na Grande Vitória (62%) e 292 possuíam alguma crença religiosa ou espiritual (97%).

Em relação à prática de atividade física, grande parte da amostra (81%) mostrou-se sedentária (n=242). Observa-se que 154 mulheres nunca haviam ingerido bebida alcoólica (51%), 204 eram não fumantes (68%) e 205 (68%) não apresentaram histórico familiar de câncer de mama. A maioria delas apresentou um estadiamento tardio (53%) e ausência de metástase (81%).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica, clínica e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014 (continua).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
≤ 39 anos	27	9,0
40 a 49 anos	84	28,0
50 a 59 anos	104	35,0
60 a 69 anos	65	22,0
≥ 70 anos	20	6,0
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	105	35,0
Não branca	195	65,0
<b>Anos de estudo</b>		
< 8 anos	193	64,0
≥ 8 anos	107	36,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	52	17,0
Casada/União Estável	162	54,0
Divorciada/Separada	46	15,0
Viúva	40	13,0
<b>Ocupação</b>		
Do lar/estudante	97	32,0
Aposentada	74	25,0
Atividades remuneradas	129	43,0
<b>Renda Familiar</b>		
< 1 a 2 salários mínimos	190	63,0
> 2 a 4 salários mínimos	81	27,0
> 4 salários mínimos	29	10,0
<b>Procedência</b>		
Grande Vitória	187	62,0
Outros municípios do ES	104	35,0
Outros estados	9	3,0
<b>Crença religiosa/espiritual</b>		
Sim	292	97,0
Não	8	3,0
<b>Número de moradores</b>		
≤ 2	134	45,0
≥ 3	166	55,0
<b>Atividade física</b>		
Nenhuma	242	81,0
1 ou 2 x por semana	16	5,0
3 ou mais x por semana	42	14,0
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Nunca	154	51,0
Raramente/Socialmente/Fim de semana	12	4,0
Ex-consumidora	134	45,0
<b>Tabagismo</b>		
Não fumante	204	68,0
Ex-fumante	84	28,0
Fumante atual	12	4,0

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica, clínica e de risco das mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia/Afecc, Vitória, 2014 (conclusão).

Variáveis	n	%
<b>Histórico familiar CA mama</b>		
Sim	95	32,0
Não	205	68,0
<b>Estadiamento</b>		
Inicial (I e II)	140	47,0
Tardio (III e IV)	160	53,0
<b>Metástase</b>		
Sim	46	19,0
Não	244	81,0

A Tabela 2 exibe o total de eventos vivenciados pelas mulheres após o diagnóstico de câncer de mama. Observa-se que 21% relataram ter vivenciado pelo menos um evento de vida e 79% delas não relataram qualquer evento.

**Tabela 2.** Total de eventos por mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.

Número Eventos	n	%
0	237	79,0
1	42	14,0
2	18	6,0
3	2	0,7
4	1	0,3
Total	300	100,0

As variáveis do perfil foram associadas com o número de eventos de vida, entretanto os resultados não foram significantes, com exceção da variável metástase ressaltada na tabela 3. Nota-se que 31,7% das que apresentaram metástase, relataram um ou mais eventos de vida e 11% não vivenciaram nenhum evento ( $p= 0,001$ ). Quando considerado o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o surgimento da metástase nas 46 mulheres, observou-se uma mediana de 18,0 meses (DP= 36,9).

**Tabela 3.** Associação entre eventos de vida e metástase em mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, 2014.

Variável	Número de eventos de vida						p-valor
	n	%	nenhum		1 ou mais		
			n	%	n	%	
<b>Metástase</b>							0,001
Sim	46	15,0	26	11,0	20	31,7	
Não	254	85,0	211	89,0	43	68,3	

Quanto ao tempo em anos transcorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e os eventos de vida e com quem aconteceu o respectivo evento, conforme demonstra a tabela 4, nota-se que o evento “morte de alguém na família” foi o mais relatado pelas mulheres (7,7%), com apenas classificação negativa. Em relação ao tempo entre o diagnóstico e o evento, observa-se uma mediana de 4,0 e desvio padrão de 3,0. Ressalta-se ainda que, em todos os casos, foram elas próprias que vivenciaram este evento.

O evento “Prisão”, também com apenas classificação negativa, foi relatado por 17 mulheres (5,7%). O tempo transcorrido entre o diagnóstico e o evento apresenta uma mediana de 3,0 (DP= 3,7) e em todos os casos, o evento aconteceu com outras pessoas.

Constata-se que os eventos conjugais “Morte do cônjuge” e “Divórcio”, estão entre os mais citados pelas mulheres. A “Morte do cônjuge” foi relatada por seis mulheres (2%), sendo que todas as mulheres a classificaram como um evento negativo. A mediana do tempo entre o diagnóstico e o evento foi 7,0 (DP= 5,5). Já o “Divórcio” foi citado por cinco pacientes (1,7%), todos com classificação negativa, sendo a mediana de 1,0 (DP= 1,3) para o tempo transcorrido entre o diagnóstico da neoplasia mamária e o respectivo evento de vida.

O evento “Mudança na condição financeira” também esteve entre os mais relatados (2%). Apresentou apenas classificação negativa e a mediana do

tempo entre o diagnóstico e o evento foi de 1,0 (DP= 1,2), sendo todos vivenciados pelas próprias pacientes.

**Tabela 4.** Tempo em anos transcorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e os eventos de vida e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014.

EVENTOS DE VIDA	Tempo em anos do diagnóstico ao evento												Com quem aconteceu			
	Negativo		Positivo		Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo		Evento positivo	
	N	%	N	%	N	M	m	DP	N	M	m	DP	you	others	you	others
1. Morte de alguém na família	23	7,7	0	0,0	23	4,4	4,0	3,0	0	-	-	-	23	0	0	0
2. Prisão	17	5,7	0	0,0	17	4,5	3,0	3,7	0	-	-	-	0	17	0	0
3. Morte do cônjuge	6	2,0	0	0,0	6	7,3	7,0	5,5	0	-	-	-	6	0	0	0
4. Mudança na cond. financeira	6	2,0	0	0,0	6	1,7	1,0	1,2	0	-	-	-	6	0	0	0
5. Divórcio	5	1,7	0	0,0	5	1,8	1,0	1,3	0	-	-	-	5	0	0	0
6. Acidente/doença	5	1,7	0	0,0	5	3,8	4,0	1,9	0	-	-	-	2	3	0	0
7. Doença de alguém na família	4	1,3	0	0,0	4	8,3	8,5	3,3	0	-	-	-	4	0	0	0
8. Problemas familiares	4	1,3	0	0,0	4	3,5	3,0	3,0	0	-	-	-	4	0	0	0
9. Morte de amigo íntimo	3	1,0	0	0,0	3	3,7	5,0	2,3	0	-	-	-	3	0	0	0
10. Nascimento de criança	1	0,3	1	0,3	1	4,0	4,0	-	1	5,0	5,0	-	0	1	1	0
11. Saída de filho de casa	2	0,7	0	0,0	2	6,0	6,0	1,4	0	-	-	-	2	0	0	0
12. Perda de emprego	1	0,3	0	0,0	1	6,0	6,0	-	0	-	-	-	1	0	0	0
13. Reconciliação com cônjuge	0	0,0	1	0,3	0	-	-	-	1	1,0	1,0	-	0	0	1	0
14. Aposentadoria	0	0,0	1	0,3	0	-	-	-	1	2,0	2,0	-	0	0	1	0
15. Separação do casal	1	0,3	0	0,0	1	4,0	4,0	-	0	-	-	-	1	0	0	0

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão

Examina-se na Tabela 5 o impacto que o evento ocasionou na vida da mulher quando ocorreu e o possível impacto que ele ainda poderia exercer no momento da entrevista. As pacientes que relataram “morte de alguém na família”, quando foram questionadas quanto à sobrecarga de 10 a 100, apresentaram uma mediana de 100,0 (DP= 16,5) e a sobrecarga que o evento ainda poderia exercer em sua vida no momento na entrevista, mediana de 50,0 e desvio padrão de 38,5 ( $p= 0,001$ ).

Em relação à “prisão” a mediana da sobrecarga no momento em que o evento aconteceu de fato foi de 100,0 (DP= 23,4), já quando foi questionada no momento da entrevista a mediana foi de 10,0 (DP= 30,6), mostrando uma redução consideravelmente significativa ( $p= 0,001$ ).

O evento “Morte do cônjuge” apresentou primeiramente uma mediana de 100,0 (DP= 25,8) e teve uma redução pouco acentuada para 65,0 (DP= 37,6), não havendo significância estatística.

Verifica-se que “Divórcio” teve uma expressiva redução da sobrecarga, uma vez que a mediana foi de 100,0 (DP=11,0) para 10,0 (DP=39,7), apesar de não ter sido significativa.

**Tabela 5.** Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014.

EVENTOS DE VIDA	Nota naquele momento								Nota na entrevista								teste Wilcoxon p-valor
	Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo				Evento positivo				
	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	
1. Morte de alguém na família	23	90,9	100,0	16,5	0	-	-	-	23	51,3	50,0	38,5	0	-	-	-	0,001
2. Prisão	17	86,5	100,0	23,4	0	-	-	-	17	27,1	10,0	30,6	0	-	-	-	0,001
3. Morte do cônjuge	6	83,5	100,0	25,8	0	-	-	-	6	61,7	65,0	37,6	0	-	-	-	0,066
4. Mudança na cond. financeira	6	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	6	56,7	60,0	42,3	0	-	-	-	0,066
5. Divórcio	5	92,0	100,0	11,0	0	-	-	-	5	36,0	10,0	39,7	0	-	-	-	0,066
6. Acidente/doença	5	86,0	100,0	21,9	0	-	-	-	5	36,0	10,0	39,7	0	-	-	-	0,068
7. Doença de alguém na família	4	77,5	80,0	26,3	0	-	-	-	4	50,0	45,0	37,4	0	-	-	-	0,180
8. Problemas familiares	4	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	4	80,0	85,0	24,5	0	-	-	-	0,180
9. Morte de amigo íntimo	3	83,3	100,0	28,9	0	-	-	-	3	46,7	50,0	35,1	0	-	-	-	0,109
10. Nascimento de criança	1	90,0	90,0	-	1	100,0	100,0	-	1	90,0	90,0	-	1	100,0	100,0	-	0,180
11. Saída de filho de casa	2	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	2	65,0	65,0	7,1	0	-	-	-	0,180
12. Perda de emprego	1	90,0	90,0	-	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	0	-	-	-	-
13. Reconciliação com cônjuge	0	-	-	-	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	-
14. Aposentadoria	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	-
15. Separação do casal	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	50,0	50,0	-	0	-	-	-	-

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão

#### 4.2.6 Discussão

Os resultados deste estudo apontam uma associação entre eventos de vida e metástase. É complexo estabelecer a dimensão exata pelo qual o estresse, ao invés de algum outro fator ou combinação de fatores, é o responsável por modificações observadas no desenvolvimento do câncer de mama.

O câncer de mama é a neoplasia mais comum em mulheres. Apesar da relação entre aspectos psicológicos e câncer de mama ser cada vez mais estudada, poucos estudos têm abordado a relação entre eventos de vida e recidiva ou metástase.

Qualquer diagnóstico de câncer, mas especialmente o de mama, é acompanhado de grande sofrimento psicológico, sendo que a maioria das pessoas acredita que a sua resposta psicossocial, ou seja, a forma como ela reage frente ao diagnóstico, afeta seu prognóstico<sup>16</sup>.

Um evento de vida estressante pode afetar o prognóstico de câncer de mama diretamente através de alterações induzidas pelo estresse dos sistemas imune e neuroendócrino e indiretamente por meio de mudanças no comportamento de saúde, tais como atividade física, consumo de álcool, a adesão ao tratamento e enfrentamento da doença<sup>17</sup>.

O presente estudo mostrou que 21% da amostra vivenciou pelo menos um evento de vida após o diagnóstico de câncer de mama. Além disso, o tempo decorrido entre o diagnóstico da neoplasia e o surgimento da metástase apresentou uma mediana de 18 meses. Em um estudo<sup>7</sup> caso controle com 100 mulheres revelou que a mediana do tempo livre de doença para as mulheres que tiveram uma recidiva ou metástase foi de 30,5 meses.

Ao comparar um grupo de mulheres americanas com neoplasia mamária alguns pesquisadores<sup>3</sup> encontraram um intervalo livre de doença significativamente maior entre aquelas que não relataram eventos de vida traumáticos ou estressantes (mediana = 62 meses) em comparação com

aquelas que haviam vivenciado um ou mais eventos estressantes ou traumáticas (mediana= 31 meses).

Na amostra de 300 mulheres, 46 delas apresentaram metástase (15%), resultado diferente, mas não tão distante, foi encontrado em um estudo<sup>18</sup> de coorte com 204 mulheres cujo objetivo era avaliar se eventos de vida adversos encurtariam o tempo livre de doença pós-operatória em pacientes com câncer de mama, onde o resultado encontrado foi que 23% delas apresentaram metástase. Uma coorte<sup>8</sup> de 202 mulheres com câncer de mama acompanhada durante cinco anos em Londres confirmou uma recaída da doença em 54 delas (26,7%).

Outro estudo<sup>19</sup>, de base populacional, onde 708 australianas com câncer de mama foram acompanhadas durante aproximadamente oito anos, mostrou que 38% das 638 mulheres avaliadas tiveram uma recaída.

A associação entre a variável metástase e o número de eventos de vida mostrou que 20 daquelas mulheres que apresentaram metástase, vivenciaram um ou mais eventos de vida ( $p= 0,001$ ). Apesar de ter avaliado somente mulheres que já haviam evoluído para metástase, um estudo<sup>3</sup> retrospectivo com 94 mulheres mostrou que 70,2% delas relataram um ou mais eventos estressantes ou traumáticos.

Um inquérito<sup>7</sup> retrospectivo com 50 casos e 50 controles realizado em Londres, ao avaliar o risco de recaída de câncer de mama mostrou que o risco relativo de recaída associado a um evento de vida grave foi de 5,67 ( $p= 0,004$ ). Resultado bem diferente foi encontrado numa coorte<sup>8</sup> de cinco anos com 202 mulheres com câncer de mama onde aquelas que tiveram um ou mais eventos de vida estressantes nos cinco anos após o diagnóstico tiveram um menor risco de recorrência ( $p= 0,03$ ) do que aquelas que não tiveram. Outra pesquisa<sup>6</sup> cujo objetivo era avaliar a relação entre eventos de vida e sobrevida de 665 mulheres após câncer de mama, não revelou qualquer associação.

Quanto aos tipos de eventos de vida vivenciados pelas mulheres observa-se que eventos como morte, problemas conjugais ou familiares e relacionados à doença são os mais relatados. Os estudos que abordam essa temática de eventos de vida e metástase ou recidiva costumam discutir apenas a presença ou não de eventos, muitas vezes comparando as subcategorias (eventos severos, eventos traumáticos, eventos de vida, ausência de eventos), o que dificulta uma comparação dos resultados nessa questão dos tipos de eventos.

Estudo retrospectivo<sup>3</sup> citado anteriormente mostrou os tipos de eventos que as mulheres com câncer de mama metastático relataram: 19% afirmaram ter sofrido estupro, agressão ou abuso na infância; 16% sobreviveram a um acidente potencialmente fatal; 4% passaram por um desastre natural; 9% presenciaram um evento traumático ou morte devido à doença; 26% relataram morte de entes queridos devido a acidente ou doença; 3% relataram morte de filho; e 14% relataram uma ameaça à vida de um ou mais entes queridos devido a acidente ou doença.

A ocorrência isolada de um evento estressante não ocasiona efeitos negativos para o indivíduo, o resultado dos efeitos dependerá de como cada pessoa reage ou enfrenta determinada situação. Portanto, é a maneira de reagir às situações que faz a diferença na suscetibilidade à doença<sup>20</sup>. Isto endossa a importância de estudar não somente o evento de vida, mas também o impacto causado por ele.

Observou-se quanto ao impacto ocasionado pelo evento no momento de sua ocorrência e possível impacto ainda existente no momento da entrevista uma considerável redução em boa parte dos eventos, principalmente “morte de alguém na família” e “prisão” que foram significantes ( $p= 0,001$ ). Infere-se que as mulheres, apesar de a princípio atribuírem notas muito elevadas para o evento no momento de sua ocorrência, souberam enfrentar a situação vivida, reduzindo assim a sobrecarga ao longo do tempo.

Uma doença não é somente um fato físico, mas um problema que diz respeito à pessoa como um todo, compreendendo não apenas o corpo, mas também as

emoções e a mente. As condições emocional e mental desempenham uma atividade fundamental tanto no que diz respeito à suscetibilidade à doença, incluindo o câncer, como na recuperação de qualquer doença<sup>21</sup>. Assim, todo evento experienciado por um indivíduo o leva a decepções e sentimentos de perda, entretanto, a forma como ele irá significar determinada situação indicará também a circunstância em que o organismo irá funcionar. A assimilação da experiência parece ser decisiva no surgimento de enfermidades e, essencialmente, em sua progressão.

A comparação do presente estudo com a maioria da literatura torna-se difícil uma vez que há grandes diferenças no desenho do estudo, nas características da amostra, no tempo de medição dos fatores psicossociais, assim como também no tipo de estresse avaliado.

#### **4.2.7 Conclusão**

Embora ainda haja muita discussão e resultados controversos sobre o assunto, o presente estudo mostrou uma relação entre eventos de vida estressantes e metástase.

Mesmo que a maioria dos eventos de vida não possam ser simplesmente evitados no cotidiano das pessoas, os resultados ressaltam a importância de um apoio interdisciplinar desde o diagnóstico do câncer de mama, contribuindo assim para uma possível redução de recidivas.

Uma análise mais complexa é fundamental para compreender melhor os impactos causados pelos eventos de vida no crescimento e progressão do câncer de mama, assim como os possíveis riscos envolvidos nessa relação.

#### 4.2.8 Referências

1. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? *Eur J Cancer*. 1999; 35(11):1603-7.
2. Kiecolt-Glaser JK, Robles TF, Heffner KL, Loving TJ, Glaser R. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Ann Oncol*. 2002;13 Suppl 4:165-9.
3. Palesh O, Butler LD, Koopman C, Giese-Davis J, Carlson R, Spiegel D. Stress History and Breast Cancer Recurrence. *J Psychosom Res*. 2007; 63(3): 233-9.
4. Sephton S, Spiegel D. Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease? *Brain Behav Immun* 2003; 17(5): 321-8.
5. Sarkar DK, Murugan S, Zhang C, Boyadjieva N. Regulation of cancer progression by  $\beta$ -endorphin neuron. *Cancer Res*. 2012; 72(4): 836–40.
6. Maunsell E, Brisson J, Mondor M, Verreault R, Deschênes L. Stressful Life Events and Survival After Breast Cancer. *Psychosom Med*. 2001; 63(2): 306-15.
7. Ramirez AJ, Craig TKJ, Watson JP, Fentiman IS, North WRS, Rubens RD. Stress and relapse of breast cancer. *BMJ*. 1989; 298(6669):291-3.
8. Graham J, Ramirez A, Love S, Richards M, Burgess C. Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. *BMJ*. 2002; 324(7351): 1-4.
9. Andersen BL, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *Am Psychol* 1994; 49(5): 389–404.

10. Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients.II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(8): 729–35.
11. McEwen BS. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22(2): 108-124.
12. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci* 2006; 8(4): 367-81.
13. Nielsen NR, Zhang ZF, Kristensen TS, Netterstrom B, Schnohr P, Gronbaek M. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2005; 331(7516): 1-5.
14. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8.
15. Vasconcellos EG, Coelho MABC, Behlau M.: Da Relação entre Stress e Distúrbio da Voz, in: I Q Marchezan; J L Zorzi; I C Dias Gomes (Orgs.): *Tópicos em Fonoaudiologia*, 1ed. São Paulo, Lovise, 1996, v. III, 361-388.
16. Stewart DE, et al. Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2000; 10(2): 179-83.
17. Olsen MH et al. Loss of partner and breast cancer prognosis - a population-based study, Denmark, 1994–2010. *Br J Cancer* 2012; 106(9): 1560-3.
18. Barraclough J, Pinder P, Cruddas M, Osmond C, Taylor I, Perry M. Life events and breast cancer prognosis. *BMJ* 1992; 304(6834): 1078-81.
19. Phillips KA, et al. Psychosocial Factors and Survival of Young Women With Breast Cancer: A Population-Based Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol* 2008; 26(28): 4666-71.

20. Farago PM, Ferreira DB, Reis RPJP, Gomes IP, Reis PED. Minha vida antes do câncer de mama: relatos de estresse emocional. Rev enferm UFPE 2010; 4(3): 1432-40.

21. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton JL. Com a Vida de Novo: Uma abordagem de Auto-Ajuda para pacientes com câncer. 9ª edição, 1987, São Paulo: Summus.

## **5. REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO**

1. ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores Prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev. bras. cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.
2. ALBRECHT, C. A. M.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E., et al. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v. 16, n. 3, p. 582-591, 2013.
3. ANDERSEN, B. L.; KIECOLT-GLASER, J.K.; GLASER, R. A biobehavioral model of cancer stress and disease course. **Am Psychol**, v. 49, n. 5, p. 389-404, 1994.
4. ANTONI, M. H. et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. **Nat. Rev. Cancer**, England, v. 6, n. 3, p. 240-248, Mar. 2006.
5. BARRACLOUGH, J., et al. Life events and breast cancer prognosis. **BMJ**, v. 304, n. 6834, p. 1078-1081, 1992.
6. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Viva Mulher**. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas, Rio de Janeiro: INCA, 2002.
7. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Documento do consenso do controle do câncer de mama**, 2004. Disponível em: <<http://inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 5 de fev. 2014.
8. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional Do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
9. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e

Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011 b.

11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. – Brasília, 2011 c.

12. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comunicação e informação. Agência de notícias. **Presidente Dilma lança ações de fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. 2011d. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente\\_dilma\\_lanca\\_plano\\_acao\\_para\\_fortalecer\\_programa\\_nacional\\_de\\_controle\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_uterio\\_e\\_de\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama)>. Acesso em: 25 de mar. 2014.

13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2014.

14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Datasus. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def> >. Acesso em: 13 nov. 2014.

15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Datasus. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 2013b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10ES.def>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

17. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

18. CHEN, C. C. et al. Adverse life events and breast cancer: case-control study. **BMJ**, v. 311 (issue 7019), p. 1527-1530, Dec. 1995.

19. COSTANZO, E. S.; SOOD, A. K.; LUTGENDORF, S. K. Biobehavioral influences on cancer progression. **Immunol. Allergy Clin. North Am.**, v. 31, n. 1, p. 109-132, 2011.

20. ESKELINEN, M.; OLLONEN, P. Life Stress due to Losses and Deficit in Childhood and Adolescence as Breast Cancer Risk Factor: A Prospective Case–Control Study in Kuopio. **Anticancer research**, v. 30, n. 10, p. 4303-4308, 2010.

21. FARAGO, P. M., et al. Minha vida antes do câncer de mama: relatos de estresse emocional. **Rev enferm UFPE**, v. 4, n. 3, p. 1432-1440, 2010.

22. FAWZY, F. I., et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients.II. Changes over time in immunological measures. **Arch Gen Psychiatry**, n. 47, v. 8, p. 729-735, 1990.

23. FERLAY, J. et al. **Cancer Incidence and Mortality Worldwide**: International Agency for Research on Cancer CancerBase – GLOBOCAN 2012.

Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

24. FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008:GLOBOCAN 2008. **Inter. J. Cancer.**, v. 127 (issue 12), p. 2893-2917, dec. 2010.

25. FOGAÇA, E. I. C.; GARROTE, L. F. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**, v. 11, n. 3, p. 179-181, jul./set. 2004.

26. FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERLI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

27. FOX et al. Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast câncer. **Journal of Community Health**, v. 19, n. 6, p. 467-482, 1994.

28. GEYER, S. Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast câncer. **Sm. Sci. Med.**, v. 37, n. 12, p. 1545-1555, 1993.

29. GINSBERG, A.; PRICE, S.; INGRAM, D., et al. Life Events and the Risk of Breast Cancer: a Case-control Study. **Eur. J. Cancer**, v. 32, n. 12, p. 2049-2052, 1996.

30. GODBOUT, J. P.; GLASER, R. Stress-Induced Immune Dysregulation: Implications for Wound Healing, Infectious Disease and Cancer. **J Neuroimmune Pharm.**, v. 1, n. 4, p. 421-427, Dec. 2006.

31. GOLDBERG, E. L.; COMSTOCK, G. W. Life events and subsequent illness. **Am. j. epidemiol.**, v. 104, n. 2, p. 146-158, Aug. 1976.

32. GRAHAM J., et al. Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. **BMJ**, v. 324, n. 7351, p. 1-4, 2002.
33. HERMES, G. L., et al. Social isolation dysregulates endocrine and behavioral stress while increasing malignant burden of spontaneous mammary tumors. **Proc Natl Acad Sci USA**, v. 106, n. 52, p. 22393-22398, 2009.
34. HOLMES, T. H.; RAHES, R. H. The Social Readjustment Rating Scale. **J. Psychosom. Res.**, v. 11, n. 2, p. 213-218, Aug. 1967.
35. INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, jul. 2011.
36. JACOBS, J. R.; BOVASSO, G. B. Early and chronic stress and their relation to breast cancer. **Psychol Med.**, v. 30, n. 3, p. 669-678, 2000.
37. KENNEDY, B., et al. Loss of a parent and the risk of cancer in early life: a Nationwide cohort study. **Cancer Causes Control**, v. 25, n. 4, p. 499-506, Apr. 2014.
38. KIECOLT-GLASER, J.K; GLASER, R. Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? **Eur J Cancer**, v. 35, n. 11, p. 1603-1607, 1999.
39. KIECOLT-GLASER, J. K., et al. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. **Ann Oncol**, v. 13, Suppl 4, p. 165- 169, 2002.
40. KVIKSTAD, A., et al. Death of a Husband or Marital Divorce Related to Risk of Breast Cancer in Middle-aged Women. A Nested Case-Control Study Among Norwegian Women Born 1935-1954. **Eur J Cancer**, v. 30, n. 4, p. 473-477, 1994.

41. KVIKSTAD, A.; VATTEN, L. J.; TRETLI, S. Widowhood and divorce in relation to overall survival among middle-aged Norwegian women with cancer. **Br J Cancer**, v. 71, n. 6, p. 1343-1347, Jun. 1995.
42. KRUK, J; ABOUL-ENEIN, H. Y. Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. **Cancer detec. prev.**, v. 28, n. 6, p. 399-408, July 2004.
43. KRUK, J. Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. **Stress**, v. 15, n. 2, p. 162-171, 2012.
44. LEITE, F. M. C.; BUBACH, S.; AMORIM, M. H. C., et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011.
45. LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. 4<sup>o</sup> edição, 1992, São Paulo: Summus.
46. LEVAV, I., et al. Cancer incidence and survival following bereavement. **Am J Public Health**, v. 90, n. 10, p. 1601-1607, Oct. 2000.
47. LI, J., et al. Cancer incidence in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. **Cancer**, v. 95, n. 10, p. 2237-2242, Nov. 2002.
48. LILLBERG, K. et al. Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study. **Am. J. Epidemiol.**, v. 157, n. 5, p. 415-423, Sep. 2003.
49. LUTGENDORF, S. K., et al. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. **J. Clin. Oncol.**, v. 23, n. 28, p. 7105-7113, 2005.

50. MARGIS et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, n. 1, p.65-74, 2003.
51. MAUNSELL, E., et al. Stressful Life Events and Survival After Breast Cancer. **Psychosom Med.**, v. 63, n. 2, p. 306-315, 2001.
52. MCEWEN, B. S. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. **Neuropsychopharmacology**, v. 22, n. 2, p. 108-124, 2000.
53. MCEWEN, B. S. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. **Physiol Rev.**, v. 87, n. 3, p. 873-904, July. 2007.
54. MCEWEN, B. M. Protective and damaging effects of stress mediators. **N. Engl. J. Med.**, v. 338, n. 3, p. 171-179, 1998.
55. MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. **Dialogues Clin. Neurosci.**, v. 8, n. 4, p. 367-381, 2006.
56. MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
57. MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização**: ideias e atores políticos na história do PAISM. 2010. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
58. NIELSEN, N. R., et al. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. **BMJ.**, v. 331, n. 7516, p. 1-5, 2005.
59. OLLONEN, P; LEHTONEN, J; ESKELINEN, M. Stressful and Adverse Life Experiences in Patients with Breast Symptoms; a Prospective Case-control Study in Kuopio, Finland. **Anticancer res.**, v. 25 (1B), p. 531-536, Jan. 2005.

60. OLSEN, M. H., et al. Loss of partner and breast cancer prognosis - a population-based study, Denmark, 1994–2010. **Br J Cancer**, v. 106, n. 9, p. 1560-1563, 2012.
61. OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, suppl. 1, p. 25-32, 1998.
62. PALESH, O. et al. Stress History and Breast Cancer Recurrence. **J Psychosom Res.**, v. 63, n. 3, p. 233-239, 2007.
63. PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **REID**, número monográfico, n. 1, p. 121-133, Oct, 2011.
64. PELED, R. et al. Breast cancer, psychological distress and life events among young women. **BMC Cancer**, v. 8, n. 245, p. 1-6, Aug. 2008.
65. PHILLIPS, K. A., et al. Psychosocial Factors and Survival of Young Women With Breast Cancer: A Population-Based Prospective Cohort Study. **J Clin Oncol.**, v. 26, n. 28, p. 4666-4671, 2008.
66. PRICE, M. A., et al. The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interactions. **Cancer**, v. 91, n. 4, p. 686-697, 2001.
67. PRIESTMAN, T. J.; PRIESTMAN, S. G.; BRADSHAW, C. Stress and breast câncer. **Br. j. cancer**, v. 51, n. 4, p. 493-498, Apr. 1985.
68. PROTHEROE, D. et al. Stressful life events and difficulties and onset of breast cancer: case-control study. **BMJ**, v. 319, p. 1027-1030, Oct. 1999.
69. RAMIREZ AJ., et al. Stress and relapse of breast câncer. **BMJ**, v. 298, n. 6669, p. 291-293, 1989.

70. REICHE, E. M.; NUNES, S. O.; MORIMOTO, H. K. Stress, depression, the immune system, and cancer. **Lancet Oncol.**, v. 5, n. 10, p. 617-625, 2004.

71. ROSS, K. Mapping Pathways From Stress to Cancer Progression. **J Natl Cancer Inst.**, v. 100, n. 13, p. 914-917, 2008.

72. SARKAR, D. K. et al. Regulation of cancer progression by  $\beta$ -endorphin neuron. **Cancer Res.**, v. 72, n. 4, p. 836-840, 2012.

73. SEPHTON, S; SPIEGEL, D. Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease? **Brain Behav Immun.**, v.17, n. 5, p. 321-328, 2003.

74. SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. **Com a Vida de Novo**: Uma abordagem de Auto-Ajuda para pacientes com câncer. 9ª edição, 1987, São Paulo: Summus.

75. SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gêneros. **SER social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan/jun. 2008.

76. STEWART, D. E., et al. Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. **Psychooncology**, v. 10, n. 2, p. 179-183, 2000.

77. SURTEES, P. G. et al. No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. **Breast Cancer Res. Treat.**, v. 120, n. 1, p. 169-174, Feb. 2010.

78. TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 5, n. 2.p. 30-32, 2009.

79. VASCONCELLOS, E. G; COELHO, M.A.B.C; BEHLAU, M.: Da Relação entre Stress e Distúrbio da Voz, in: I Q Marchezan; J L Zorzi; I C Dias Gomes (Orgs.): **Tópicos em Fonoaudiologia**, 1ed. São Paulo, Lovise, 1996, v. III, 361-388

80. WORLD CANCER RESEARCH FUND/**American Institute for Cancer Research**. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007.

81. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005



## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidada a participar da pesquisa intitulada “**Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama**”, sob a responsabilidade da mestranda Cláudia de Souza Dourado.

### **JUSTIFICATIVA**

Apesar de ainda não existir uma confirmação científica da relação causal entre eventos de vida e câncer de mama, muitos esforços têm sido feitos na tentativa de provar essa associação. No Brasil, entretanto, observa-se ainda poucas pesquisas nessa área, o que afirma a necessidade de se realizar este estudo.

### **OBJETIVO(S) DA PESQUISA**

Identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em um hospital de referência no estado do Espírito Santo e examinar a associação entre esses eventos de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas dessas mulheres.

### **PROCEDIMENTOS**

Minha participação nessa pesquisa acontecerá em um momento único, onde responderei a um formulário com 51 questões por meio de entrevista.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

A coleta de dados será realizada no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia, da Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc), no município de Vitória/ES. O tempo necessário é estimado em torno de 25 minutos.

### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Há riscos referentes a recordações de fatos importantes ocorridos em minha vida, mas caso haja necessidade, serei encaminhada ao serviço de psicologia disponibilizado pelo ambulatório.

### **BENEFÍCIOS**

Não haverá nenhum benefício direto. Como benefício indireto, a possibilidade de uma maior conscientização sobre a relevância dos eventos de vida no câncer de mama.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

Entendo que não sou obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

## **GARANTIA DE MANUTEÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

Serei identificada por um número de participação, que será conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da minha identidade em todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação.

## **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora Cláudia de Souza Dourado, nos telefones (27) 98121-3611 / (27)98864-4138, e-mail claudias\_dourado@hotmail.com, ou endereço Rua Duarte Carino de Freitas, nº 224, B. Nossa Senhora da Penha, Vila Velha – Es. Caso não consiga contatar a pesquisadora ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama”, eu, Cláudia de Souza Dourado, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa

---

Cláudia de Souza Dourado

**APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS****UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Termo de confidencialidade dos dados

Eu, Cláudia de Souza Dourado, CPF 131477427-17, RG 2296551, enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, venho assumir perante a instituição Hospital Santa Rita de Cássia o compromisso de não alterar os dados liberados por esta instituição e não utilizá-los para outros fins que não sejam para a realização dos objetivos da minha pesquisa de dissertação de mestrado intitulada "Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama", orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Costa Amorim.

Ressalto que toda a minha pesquisa será conduzida dentro das normas de conduta e ética em pesquisas com seres humanos preconizadas pela resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Cláudia Dourado

Cláudia de Souza Dourado

**APÊNDICE C – TABELA 3 COMPLETA**

**Tabela 3.** Tempo em anos transcorrido entre todos os eventos de vida e o diagnóstico de câncer de mama e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014 (continua).

EVENTOS DE VIDA	Tempo em anos do evento ao diagnóstico												Com quem aconteceu			
	Negativo		Positivo		Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo		Evento positivo	
	N	%	N	%	N	M	m	DP	N	M	m	DP	you	others	you	others
1. Morte de alguém na família	250	83,3	0	0,0	250	16,7	15,0	11,6	0	-	-	-	250	0	0	0
2. Mudança na condição financeira	64	21,3	0	0,0	64	11,8	10,0	10,7	0	-	-	-	64	0	0	0
3. Divórcio	23	7,7	31	10,3	23	16,1	12,0	12,8	31	13,9	13,0	10,0	18	5	30	0
4. Prisão	54	18,0	0	0,0	54	7,2	5,0	6,9	0	-	-	-	1	53	0	0
5. Acidente/doença	48	16,0	0	0,0	48	13,3	10,0	11,0	0	-	-	-	36	11	0	0
6. Doença de alguém na família	44	14,7	0	0,0	44	9,2	6,0	9,8	0	-	-	-	44	0	0	0
7. Morte do cônjuge	35	11,7	4	1,3	17	11,6	7,0	10,4	2	6,5	6,5	7,8	35	0	4	0
8. Separação do casal	27	9,0	12	4,0	27	12,6	10,0	11,1	12	10,2	11,0	8,3	26	1	12	0
9. Perda de emprego	27	9,0	0	0,0	27	9,5	4,0	10,2	0	-	-	-	27	0	0	0
10. Problemas familiares	22	7,3	0	0,0	22	7,0	5,0	6,3	0	-	-	-	22	0	0	0
11. Infância difícil	21	7,0	0	0,0	21	40,0	40,0	12,7	0	-	-	-	21	0	0	0
12. Casamento	19	6,3	0	0,0	19	17,5	16,0	11,1	0	-	-	-	19	0	0	0
13. Vícios	17	5,7	0	0,0	17	10,1	7,0	8,9	0	-	-	-	0	17	0	0
14. Dificuldades sexuais	10	3,3	0	0,0	10	5,0	2,5	7,3	0	-	-	-	10	0	0	0
15. Traição	10	3,3	0	0,0	10	11,9	10,0	8,6	0	-	-	-	10	0	0	0
16. Nascimento de crianças	1	0,3	7	2,3	1	12,0	12,0	0,0	7	9,3	7,0	8,4	0	1	2	5
17. Saída de filhos de casa	7	2,3	0	0,0	7	9,4	8,0	8,6	0	-	-	-	7	0	0	0

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão

**APÊNDICE C – TABELA 3 COMPLETA**

**Tabela 3.** Tempo em anos transcorrido entre todos os eventos de vida e o diagnóstico de câncer de mama e com quem aconteceu determinado evento, Vitória, 2014 (conclusão).

EVENTOS DE VIDA	Tempo em anos do evento ao diagnóstico												Com quem aconteceu			
	Negativo		Positivo		Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo		Evento positivo	
	N	%	N	%	N	M	m	DP	N	M	m	DP	você	outros	você	outros
18. Aposentadoria	1	0,3	4	1,3	1	8,0	8,0	0,0	4	7,8	6,0	8,2	1	0	4	0
19. Gravidez	5	1,7	0	0,0	5	10,2	12,0	9,7	0	-	-	-	3	2	0	0
20. Morte de amigo íntimo	4	1,3	0	0,0	4	7,3	9,0	4,3	0	-	-	-	4	0	0	0
21. Cônjuge parou de trabalhar	4	1,3	0	0,0	4	18,3	18,5	16,3	0	-	-	-	3	1	0	0
22. Relação ruim com filhos	4	1,3	0	0,0	4	8,8	8,8	9,2	0	-	-	-	4	0	0	0
23. Perda de bebe	4	1,3	0	0,0	4	12,8	15,0	8,2	0	-	-	-	4	0	0	0
24. Mudança de país	3	1,0	0	0,0	3	8,7	10,0	7,1	0	-	-	-	2	1	0	0
25. Mudança de residência	2	0,7	0	0,0	2	13,0	13,0	9,9	0	-	-	-	2	0	0	0
26. Roubo ou assalto	2	0,7	0	0,0	2	1,0	1,0	0,0	0	-	-	-	2	0	0	0
27. Cirurgia	2	0,7	0	0,0	2	8,5	8,5	2,1	0	-	-	-	1	1	0	0
28. Desaparecimento do marido	2	0,7	0	0,0	2	26,0	26,0	14,1	0	-	-	-	2	0	0	0
29. Mudança no trabalho	1	0,3	0	0,0	1	1,0	1,0	0,0	0	-	-	-	1	0	0	0
30. Mudança de atividades religiosas	0	0,0	1	0,3	0	-	-	-	1	16,0	16,0	0,0	1	0	0	0
31. Paixão/caso amoroso	0	0,0	1	0,3	0	-	-	-	1	0,0	0,0	0,0	1	0	0	0
32. Problemas com a justiça	1	0,3	0	0,0	1	2,0	2,0	-	0	-	-	-	1	0	0	0
33. Perda de grande quantia de dinheiro	1	0,3	0	0,0	1	1,0	1,0	-	0	-	-	-	1	0	0	0
34. Abuso sexual	1	0,3	0	0,0	1	38,0	38,0	-	0	-	-	-	1	0	0	0

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão

**APÊNDICE D – TABELA 4 COMPLETA**

**Tabela 4.** Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014 (continua).

EVENTOS DE VIDA	Nota naquele momento								Nota na entrevista								teste Wilcoxon p-valor
	Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo				Evento positivo				
	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	
1. Morte de alguém na família	250	93,7	100,0	15,2	0	-	-	-	250	37,6	20,0	32,6	0	-	-	-	0,001
2. Mudança na condição financeira	64	89,9	100,0	16,8	0	-	-	-	64	17,5	10,0	18,7	0	-	-	-	0,001
3. Divórcio	23	86,5	100,0	26,9	31	89,7	100,0	19,7	23	31,7	10,0	30,8	31	10,0	10,0	0,0	0,001
4. Prisão	54	85,7	100,0	24,8	0	-	-	-	54	22,6	10,0	27,3	0	-	-	-	0,001
5. Acidente/doença	48	95,2	100,0	15,3	0	-	-	-	48	27,9	15,0	25,4	0	-	-	-	0,001
6. Doença de alguém na família	44	85,8	100,0	23,4	0	-	-	-	44	40,2	30,0	33,0	0	-	-	-	0,001
7. Morte do cônjuge	35	90,6	100,0	22,1	4	70,0	85,0	42,4	35	38,3	30,0	31,2	4	10,0	10,0	0,0	0,001
8. Separação do casal	27	86,5	100,0	23,8	12	77,5	80,0	24,9	27	15,9	10,0	17,6	12	10,0	10,0	0,0	0,001
9. Perda de emprego	27	89,3	100,0	24,6	0	-	-	-	27	24,8	10,0	25,8	0	-	-	-	0,001
10. Problemas familiares	22	98,2	100,0	5,9	0	-	-	-	22	58,5	80,0	36,8	0	-	-	-	0,001
11. Infância difícil	21	92,9	100,0	14,9	0	-	-	-	21	46,7	50,0	29,6	0	-	-	-	0,001
12. Casamento	19	94,7	100,0	9,0	0	-	-	-	19	45,8	10,0	41,3	0	-	-	-	0,001
13. Vícios	17	98,2	100,0	5,3	0	-	-	-	17	47,6	40,0	39,6	0	-	-	-	0,001
14. Dificuldades sexuais	10	81,0	90,0	24,2	0	-	-	-	10	61,0	80,0	40,9	0	-	-	-	0,068
15. Traição	10	97,0	100,0	6,7	0	-	-	-	10	39,0	15,0	37,8	0	-	-	-	0,007
16. Nascimento de crianças	1	100,0	100,0	-	7	94,3	100,0	11,3	1	100,0	100,0	-	7	10,0	10,0	0,0	0,006
17. Saída de filhos de casa	7	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	7	38,6	30,0	31,8	0	-	-	-	0,012

**APÊNDICE D – TABELA 4 COMPLETA**

**Tabela 4.** Comparação da sobrecarga ocasionada pelo evento de vida no momento quando ocorreu e no momento da entrevista, Vitória, 2014 (conclusão).

EVENTOS DE VIDA	Nota naquele momento								Nota na entrevista								teste
	Evento negativo				Evento positivo				Evento negativo				Evento positivo				Wilcoxon
	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	N	M	m	DP	p-valor
18. Aposentadoria	1	90,0	90,0	-	4	97,5	100,0	5,0	1	10,0	10,0	-	4	10,0	10,0	0,0	0,038
19. Gravidez	5	87,8	99,0	16,3	0	-	-	-	5	16,0	10,0	13,4	0	-	-	-	0,039
20. Morte de amigo íntimo	4	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	4	27,5	10,0	35,0	0	-	-	-	0,017
21. Cônjuge parou de trabalhar	4	82,5	90,0	23,6	0	-	-	-	4	15,0	10,0	10,0	0	-	-	-	0,066
22. Relação ruim com filhos	4	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	4	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	1,000
23. Perda de bebe	4	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	4	32,5	20,0	33,0	0	-	-	-	0,066
24. Mudança de país	3	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	3	40,0	10,0	52,0	0	-	-	-	0,157
25. Mudança de residência	2	95,0	95,0	7,1	0	-	-	-	2	10,0	10,0	0,0	0	-	-	-	0,180
26. Roubo ou assalto	2	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	2	35,0	35,0	35,4	0	-	-	-	0,102
27. Cirurgia	2	90,0	90,0	14,1	0	-	-	-	2	10,0	10,0	0,0	0	-	-	-	0,180
28. Desaparecimento do marido	2	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	2	15,0	15,0	7,1	0	-	-	-	-
29. Mudança no trabalho	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	0	-	-	-	-
30. Mudança de ativ. religiosas	0	-	-	-	1	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	1	10,0	10,0	0,0	-
31. Paixão/caso amoroso	0	-	-	-	1	100,0	100,0	0,0	0	-	-	-	1	10,0	10,0	0,0	-
32. Problemas com a justiça	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	-
33. Perda grande quantia dinheiro	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	50,0	50,0	-	0	-	-	-	-
34. Abuso sexual	1	100,0	100,0	-	0	-	-	-	1	10,0	10,0	-	0	-	-	-	-

M- média m- mediana DP- Desvio Padrão



# ANEXO A - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA (continua)



## FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

FORM. 001 RC

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL: \_\_\_\_\_

04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

05 - NOME COMPLETO DA MÃE: \_\_\_\_\_

### 03 - TIPO DE DOCUMENTO

- 1- Cartão SUS
- 2- CPF
- 3- Identidade (RG)
- 4- Título de eleitor
- 5- PIS/PASEP
- 6- Certidão de nascimento
- 7- Outro
- 9- Sem informação

### 06 - SEXO

- 1- Masculino  2- Feminino

### 09 - LOCAL DE NASCIMENTO

### 07 - DATA DO NASCIMENTO

### 08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

### 10 - RAÇA / COR DA PELE

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Amarela
- 4- Parda
- 5- Indígena
- 9- Sem informação

### 11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

- 1- Nenhuma
- 2- Fundamental incompleto
- 3- Fundamental completo
- 4- Nível médio
- 5- Nível superior incompleto
- 6- Nível superior completo
- 9- Sem informação

### 12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL

### 13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)

\_\_\_\_\_

### ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE: \_\_\_\_\_

15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

19 - CEP DA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

### ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR: \_\_\_\_\_

23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

1- Sem diag./Sem trat.

2- Com diag./Sem trat.

3- Com diag./Com trat.

4- Outros

9- Sem informação

24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

1- Clínica

2- Pesquisa clínica

3- Exame por imagem

4- Marcadores tumorais

5- Citologia

6- Histologia da metástase

7- Histologia do tumor primário

9- Sem informação

### ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO: \_\_\_\_\_

26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO: \_\_\_\_\_

27 - TNM: \_\_\_\_\_

28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM): \_\_\_\_\_

29 - pTNM: \_\_\_\_\_

28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)

30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

\_\_\_\_\_

REV. 01 15/06/2011

## ANEXO A - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA (conclusão)

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO		
<p>31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Nenhum <input type="checkbox"/> 2- Cirurgia <input type="checkbox"/> 3- Radioterapia <input type="checkbox"/> 4- Quimioterapia <input type="checkbox"/> 5- Hormonioterapia <input type="checkbox"/> 6- Transplante de medula óssea <input type="checkbox"/> 7- Imunoterapia <input type="checkbox"/> 8- Outras <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Sem evidência da doença (remissão completa) <input type="checkbox"/> 2- Remissão parcial <input type="checkbox"/> 3- Doença estável <input type="checkbox"/> 4- Doença em progressão <input type="checkbox"/> 5- Suporte terapêutico oncológico <input type="checkbox"/> 6- Óbito <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação
<p>32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL</p> <p>_____ / _____ / _____</p>	<p>33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Recusa do tratamento <input type="checkbox"/> 2- Tratamento realizado fora <input type="checkbox"/> 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas <input type="checkbox"/> 4- Abandono do tratamento <input type="checkbox"/> 5- Complicações de tratamento <input type="checkbox"/> 6- Óbito <input type="checkbox"/> 7- Outras razões <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE</p> <p>_____ / _____ / _____</p> <p>37 - ÓBITO POR CÂNCER</p> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO		
<p>38 - CASO ANALÍTICO <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não</p>	<p>39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não</p>	
ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR		
<p>40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ITENS OPCIONAIS		
<p>41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Solteiro <input type="checkbox"/> 2- Casado <input type="checkbox"/> 3- Viúvo <input type="checkbox"/> 4- Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5- União consensual <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO</p> <input type="checkbox"/> 1- Nunca <input type="checkbox"/> 2- Ex-consumidor <input type="checkbox"/> 3- Sim <input type="checkbox"/> 4- Não avaliado <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>50 - LATERALIDADE DO TUMOR</p> <input type="checkbox"/> 1- Direita <input type="checkbox"/> 2- Esquerda <input type="checkbox"/> 3- Bilateral <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação
<p>42 - DATA DA TRIAGEM</p> <p>_____ / _____ / _____</p>	<p>46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO</p> <input type="checkbox"/> 1- SUS <input type="checkbox"/> 2- Não SUS <input type="checkbox"/> 3- Veio por conta própria <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO</p> <input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim <input type="checkbox"/> 3- Duvidoso
<p>43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER</p> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Público (SUS) <input type="checkbox"/> 4- Outros <input type="checkbox"/> 2- Plano de saúde <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 3- Particular <input type="checkbox"/> 9- Sem informação
<p>44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA</p> <input type="checkbox"/> 1- Nunca <input type="checkbox"/> 2- Ex-consumidor <input type="checkbox"/> 3- Sim <input type="checkbox"/> 4- Não avaliado <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR</p> <input type="checkbox"/> 1- Exame clínico e patologia clínica <input type="checkbox"/> 2- Exames por imagem <input type="checkbox"/> 3- Endoscopia e cirurgia exploradora <input type="checkbox"/> 4- Anatomia patológica <input type="checkbox"/> 5- Marcadores tumorais <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<p>53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1- Público (SUS) <input type="checkbox"/> 2- Plano de saúde <input type="checkbox"/> 3- Particular <input type="checkbox"/> 4- Outros <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Sem informação
	<p>49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO</p> <p>_____</p>	<p>54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE</p> <p>_____</p>

**ANEXO B – INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS****LIFE EVENTS UNITS**

- LEU/VAS -

**01. MORTE DO CÔNJUGE.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**02. DIVÓRCIO.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**03. PRISÃO.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**04. ACIDENTE OU DOENÇA .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**05. CASAMENTO.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**06. PERDA DE EMPREGO .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 07. RECONCILIAÇÃO COM O CÔNJUGE .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 08. APOSENTADORIA.

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 09. GRAVIDEZ .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 10. SEPARAÇÃO DO CASAL.

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 11. DIFICULDADES SEXUAIS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 12. NASCIMENTO DE CRIANÇAS NA FAMÍLIA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

**13. MORTE DE ALGUÉM DA FAMÍLIA.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

**14. MUDANÇA NO TRABALHO .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

**15. MUDANÇA NA (SUA) CONDIÇÃO FINANCEIRA .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

**16. DOENÇA DE ALGUÉM NA FAMÍLIA.**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

**17. MUDANÇA DE PAÍS .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

**18. COMPRA DE CASA DE VALOR ALTO .**

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 19. MORTE DE UM AMIGO ÍNTIMO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 20. MUDANÇA NA FREQUÊNCIA DE BRIGAS COM O CÔNJUGE .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 21. TERMINO DE PAGAMENTO DE EMPRÉSTIMO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 22. MUDANÇA DE RESPONSABILIDADE NO TRABALHO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 23. SAÍDA DE FILHO(A) DE CASA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 24. DIFICULDADES COM A POLÍTICA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 25. RECONHECIMENTO DE FEITO PROFISSIONAL DE REALCE .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 26. CONJUGUE COMEÇOU A TRABALHAR .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 27. CÔNJUGE PAROU DE TRABALHAR

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 28. COMEÇOU A ESTUDAR

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 29. ABANDONOU OS ESTUDOS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 30. ACRÉSCIMO DE PESSOAS MORANDO EM CASA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 31. DIMINUIÇÃO DE PESSOAS MORANDO EM CASA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 32. MUDANÇA DE HÁBITOS PESSOAIS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 33. DIFICULDADE COM O CHEFE .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 34. MUDANÇA DE HORÁRIO DE TRABALHO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 35. MUDANÇA DE RESIDÊNCIA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 36. MUDANÇA DE ESCOLA .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 37. MUDANÇA DE ATIVIDADES RECREATIVAS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 38. MUDANÇA DE ATIVIDADES RELIGIOSAS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 39. MUDANÇA DE ATIVIDADES SOCIAIS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 40. COMPRA DE CRÉDITO DE VALOR MÉDIO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 41. MUDANÇA NO HÁBITO DE DORMIR .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 42. MUDANÇA NA FREQUÊNCIA DE REUNIÕES FAMILIARES.

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N ( ) P ( ) N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O ( ) V ( ) O

## 43. MUDANÇA DE HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 44. FÉRIAS .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 45. NATAL .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 46. RECEBIMENTO DE MULTAS AO COMETER INFRAÇÕES .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 47. VÍCIO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

## 48. ROUBO OU ASSALTO .

Datas: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 Positivo/negativo: ( )P ( )N ( )P ( )N ( )P ( )N  
 Naquele Momento: \_\_\_\_\_  
 Hoje \_\_\_\_\_  
 Aconteceu com ( )V ( )O ( )V ( )O ( )V ( )O

49. **VIAGEM** .

Datas:	1) _____	2) _____	3) _____
Positivo/negativo:	( )P ( )N	( )P ( )N	( )P ( )N
Naquele Momento:	_____	_____	_____
Hoje	_____	_____	_____
Aconteceu com	( )V ( )O	( )V ( )O	( )V ( )O

50. **CIRURGIA** .

Datas:	1) _____	2) _____	3) _____
Positivo/negativo:	( )P ( )N	( )P ( )N	( )P ( )N
Naquele Momento:	_____	_____	_____
Hoje	_____	_____	_____
Aconteceu com	( )V ( )O	( )V ( )O	( )V ( )O

51. **PAIXÃO OU CASO AMOROSO** .

Datas:	1) _____	2) _____	3) _____
Positivo/negativo:	( )P ( )N	( )P ( )N	( )P ( )N
Naquele Momento:	_____	_____	_____
Hoje	_____	_____	_____
Aconteceu com	( )V ( )O	( )V ( )O	( )V ( )O

**Outros incidentes aqui não mencionados:**

52. \_\_\_\_\_ .

Datas:	1) _____	2) _____	3) _____
Positivo/negativo:	( )P ( )N	( )P ( )N	( )P ( )N
Naquele Momento:	_____	_____	_____
Hoje	_____	_____	_____
Aconteceu com	( )V ( )O	( )V ( )O	( )V ( )O

53. \_\_\_\_\_ .

Datas:	1) _____	2) _____	3) _____
Positivo/negativo:	( )P ( )N	( )P ( )N	( )P ( )N
Naquele Momento:	_____	_____	_____
Hoje	_____	_____	_____
Aconteceu com	( )V ( )O	( )V ( )O	( )V ( )O

**ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA****DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: “**Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama**”, da mestranda Cláudia de Souza Dourado, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Setembro 2014 a Janeiro 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 13 de Agosto de 2014.

Weslene Vargos Moura  
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFECC/HSRC

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (continua)**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Eventos de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama

**Pesquisador:** Cláudia de Souza Dourado

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 35331314.8.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 804.020

**Data da Relatoria:** 24/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa de Mestrado apresentado ao Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – CCS/UFES

Autor: Cláudia de Souza Dourado

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Helena Costa Amorim

Vários fatores de risco estão bem definidos em sua relação causal com o câncer de mama, entretanto, tem sido muito questionado a associação entre a neoplasia mamária e os eventos de vida estressores. Trata-se de um estudo transversal, onde será avaliada a relação entre eventos de vida e o câncer de mama. O estudo será realizado no ambulatório Ylza Bianco do Hospital Santa Rita de Cássia (Vitória – ES) com mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Os eventos de vida vivenciados pelas mulheres serão analisados através da Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe – 1967, adaptada e validada por Vasconcellos. Os dados serão organizados no programa Microsoft Office Excell 2010 for Windows e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais – SPSS, VERSÃO 20.0. O Intervalo de confiança considerado será de 95 % e o nível de significância para todos os testes será p 0,05. Resultados esperados: Espera-se

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (continua)**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 804.020

encontrar, em parte significativa da amostra, mulheres que tenham vivenciado eventos de vida anos antes do surgimento do câncer de mama.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar os eventos de vida ocorridos em mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas em um hospital de referência no estado do Espírito Santo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Há riscos referentes a recordações de fatos importantes vivenciados pela paciente. Caso haja necessidade, a mesma poderá ser encaminhada a psicologia, serviço já disponibilizado pelo ambulatório.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício direto. Como benefício indireto a possibilidade de uma maior conscientização sobre a relevância dos eventos de vida na etiologia e desenvolvimento do câncer de mama.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios prevalecendo sobre os riscos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: adequado

Projeto: adequado

Carta da anuência da Instituição: adequada

Termo de confidencialidade: adequado

**Recomendações:**

- Verificar a Resolução CNS no 466/12

(<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>)

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (conclusão)**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 804.020

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 24 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
Cinthia Furst Leroy Gomes Bueloni  
(Coordenador)