

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO RECONSTRUTIVO  
DE MAMA**

**Porto Alegre  
2012**

**PONTIIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO RECONSTRUTIVO DE  
MAMA**

**PORTO ALEGRE**

**2012**

**CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO RECONSTRUTIVO DE  
MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

**ORIENTADOR: PROF. DR. ANTÔNIO LUIZ FRASSON**

**CO-ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>DR<sup>a</sup>IRANI DE LIMA ARGIMON**

**PORTO ALEGRE**

**2012**

**Ficha Catalográfica**

**L949a Lufiego, Claudia Adriana Facco**

**Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama / Claudia Adriana FaccoLufiego - Porto Alegre: PUCRS, 2012.**

**113 f.: tab. Inclui artigo encaminhado para publicação.**

**Orientador: Prof. Dr. Antônio Luiz Frasson.**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.**

**Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.**

**1. NEOPLASIAS DA MAMA. 2. MAMOPLASTIA. 3. RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA. 4. DEPRESSÃO. 5. ANSIEDADE. 6. AUTO-ESTIMA. 7. DESESPERANÇA. 8. PSICO-ONCOLOGIA. 9. ESTUDO LONGITUDINAL, OBSERVACIONAL E DESCRITIVO. I. Frasson, Antônio Luiz. II. Argimon, Irani Iracema de Lima. III. Título.**

**CDD 618.19**

**CDU 618.19-006(043.3)**

**NLM WP 870**

**Ficha elaborada pela bibliotecária: Isabel Merlo Crespo CRB 10/1201**

**CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO RECONSTRUTIVO DE  
MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irani Iracena de Lima Argimon

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Claus Stobaus

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Quartilrigaray

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Helena Augustin Schwanke (suplente)

**Porto Alegre  
2012**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida.

Aos meus pais, Claudio e Ceci por me permitirem aprender a arte viver, sorrir, chorar, cair e levantar, ainda mais forte. Por sempre terem acreditado em mim. A vocês o meu eterno amor.

Ao Rafael, meu querido esposo, pelo amor, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos.

Aos meus filhos, Vitória, Henrique e Guilherme, razão que impulsiona minha busca pelo crescimento e evolução. Obrigado pelo carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente na vida de vocês. Obrigada pelo sorriso que sempre encontro ao chegar em casa depois de uma jornada extensa de trabalho.

Ao meu irmão Cícero, meu grande incentivador. Obrigado por ter me dado a oportunidade de convivermos juntos.

A todos os professores do IGG que colaboraram com a minha formação. Vocês são especiais! Não vou me permitir aqui citar nomes ou momentos, foram muitos... e cada um a seu jeito.

A toda a equipe do Centro da Mama do Hospital São Lucas, PUCRS, pelo apoio e ajuda nos momentos de pesquisa. Foi muito bom ter convivido com pessoas comprometidas com o bem estar e a saúde dos pacientes. Adorei ter feito parte desta equipe, aprendi muito com vocês. Quero agradecer em especial a Dra. BetinaVollbrecht, Dr. Francisco Laitano Neto, Dr. Felipe Zerwes, psicóloga Estelita e residentes pelo acolhimento que tiveram comigo e com meu projeto de pesquisa.

Às funcionárias da Secretaria do IGG, Nair Mônica, Katy e Cletiane, pela presteza e dedicação que sempre demonstraram, orientando e auxiliando quando necessário.

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, pela troca de idéias e

enriquecimento pessoal que me ofereceram. Obrigado por terem entrado em minha vida, pela convivência, estreitamento de vínculos e amizade que construímos ao longo destes dois anos. Algumas pessoas que passam em nossas vidas ficam para sempre. Espero que possamos nos reencontrar e continuar eternamente trocando...

Gostaria de agradecer de uma forma especial a todas as pacientes com as quais tive contato. Obrigado pelo aprendizado, pelo amor e carinho que sempre dispensaram. Todo encontro entre duas pessoas é uma grande oportunidade de troca, aprendizado e evolução. Parabéns a vocês pelo testemunho de força e fé na vida.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson e a minha co-orientadora Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon, pelo acolhimento, orientação e apoio ao longo de toda esta trajetória. O meu eterno agradecimento pelas sábias palavras nos momentos adequados, além de sua amizade. Desejo que possamos continuar estabelecendo trocas e nos enriquecendo mutuamente.

*Qualquer tempo é tempo*

*A hora da morte*

*É hora de nascer.*

*Nenhum tempo é tempo*

*Bastante para a ciência*

*Ver e rever.*

*Tempo, contratempo*

*Anulam-se, mas o sonho*

*Resta, de viver.*

*(Carlos Drummond de Andrade, A falta que ama)*

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama é uma doença que merece atenção dos órgãos de saúde pública pela alta incidência, representando uma das maiores causas de morte entre as mulheres. As pesquisas tem evidenciado que as mulheres diagnosticadas experimentam algum grau de perturbação emocional, como: tristeza, ansiedade, culpa, raiva e medo. Mas os transtornos psiquiátricos mais frequentes são a depressão e a ansiedade. Esses sentimentos acometem tanto as mulheres quanto suas famílias. **Objetivo:** avaliar os sentimentos despertados em mulheres mastectomizadas submetidas à reconstrução mamária, quanto a presença de sintomas depressivos, ansiedade, desesperança e autoestima. **Método:** estudo longitudinal, observacional e descritivo, com seguimento de pacientes. Avaliação das características psicológicas de 30 mulheres mastectomizadas submetidas a procedimento cirúrgico de reconstrução mamária, atendidas em um hospital universitário. Foram avaliados os sintomas depressivos, ansiedade, desesperança e autoestima das pacientes através da aplicação dos seguintes instrumentos: BDI; BAI; BHS e Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP – EPM, respectivamente. **Resultado:** constatou-se que o nível de depressão, ansiedade e desesperança diminuíram após o procedimento de reconstrução mamária. O Teste dos Postos com sinal de Wilcoxon para comparação dos resultados entre a 1ª e 2ª avaliações, indicou que 80% da amostra diminuiu os escores de depressão e 20% aumentaram os escores, sendo o valor de  $p = 0,000$  com diferença significativa ao nível de 1%. Quanto a ansiedade, 83,3% das mulheres diminuíram os escores de ansiedade; 13,3% aumentaram seus níveis e 3,3% permaneceu com o mesmo escore nas duas avaliações, sendo o valor de  $p = 0,001$ , diferença significativa ao nível de 1%. O BHS mostrou que 64,3% da amostra diminuiu os escores de desesperança; 17,9% aumentaram e 17,9% permaneceu com o mesmo escore nas duas avaliações, sendo o valor de  $p = 0,008$  (diferença significativa ao nível de 1%). Observou-se que 73,3% das mulheres elevaram seus níveis de autoestima; 16,7% estavam com a autoestima menos elevada e 10% não tiveram mudanças na autoestima. O teste t de Student, para amostras pareadas para comparação das médias dos escores nas duas avaliações, indicou uma média = 10,60 e um DP=5,18 na primeira avaliação e uma média =8,20 e um DP=4,35 na segunda avaliação, logo, o valor de  $p=0,000$  evidenciando diferença significativa entre as médias ao nível de 1%. **Conclusão:** O Câncer de Mama traz repercussões psicológicas para a paciente e sua família, sendo a depressão e a ansiedade os transtornos mais prevalentes. De acordo com os resultados observa-se uma diminuição dos sintomas depressivos, da ansiedade, desesperança e uma autoestima mais elevada após a reconstrução mamária. A cirurgia de reconstrução mamária tem um impacto positivo na qualidade de vida das pacientes mastectomizadas.

**Palavras-chave:** câncer de mama, mastectomia, reconstrução mamária, depressão, ansiedade, desesperança, autoestima, imagem corporal e sexualidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is a disease that by its high incidence deserves more attention of public health organizations. It represents one of the highest death reasons among women. Researches substantiate that diagnosed women experience some degree of emotional perturbation like: sadness, anxiety, guilt anger and fear. But the most common psychiatric perturbations are depression and anxiety. These feelings assail both women and their families. **Objective:** To rate the feelings awaken in women who have undergone mastectomy procedures submitted to mammary reconstruction, as for the presence of depressive symptoms, anxiety, hopelessness and self-esteem. **Method:** longitudinal, observational and descriptive study, with patient follow-up. Evaluation of psychological characteristics of 30 women who have undergone mastectomy procedures submitted to mammary reconstruction attended in university hospitals. Patients' depressive symptoms, anxiety, hopelessness and self-esteem were evaluated through the application of the following instruments: BDI; BAI; BHS and Rosenberg Self-esteem Scale UNIFESP – EPM, respectively. **Result:** It has been certified that depression, anxiety and hopelessness levels decreased after mammary reconstruction procedures. Wilcoxon signaled posts test for results' comparisons between the first and second evaluations indicated that 80% of the sample decreased depression scores and 20% increased their scores, being the value of  $p = 0.000$  with the significant difference at the level of 1%. As for anxiety, 83.3% of women decreased their scores on anxiety; 13.3% increased their levels and 3.3% kept the same score on both evaluations, being the value of  $p = 0.001$ , significant difference at the level of 1%. BHS showed that 64.3% of the sample decreased the scores of hopelessness: 17.9% decreased it and 17.9% kept the same score on both evaluations, being the value of  $p = 0.008$  (significant difference at the level of 1%). It was observed that 73.3% of women increased their levels of self-esteem; 16.7% had self-esteem lower and 10% didn't suffer change. Student t test, for paired samples for score average comparison on both evaluations indicate an average = 10.60 and a DP=5.18 in the first evaluation and an average = 8.20 and a DP=4.35 in the second evaluation, therefore, the value of  $p=0.000$  substantiating significant difference between the averages at the level of 1%. **Conclusion:** Breast cancer brings psychological repercussions for patients and their families, being depression and anxiety the most prevalent disturbances. According to results a reduction is noticed on depressive symptoms, anxiety, hopelessness and a higher self-esteem after mammary reconstruction. Mammary reconstruction surgery has a positive impact in the life quality of patients who have undergone mastectomy surgeries.

**Keywords:** Breast câncer, mastectomy, breast reconstruction, depression, anxiety, hopelessness, self-esteem, body image and sexuality.

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1</b> - Esquema ilustrativo das quatro linhas de pesquisa abordadas no projeto global apresentando a avaliação de interesse em cada linha de pesquisa .....	48
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Faixa etária.....	50
Tabela 2. Estado Civil .....	51
Tabela 3. Nº. de filhos .....	51
Tabela 4. Apresenta dados quanto a amamentação, se a mulher amamentou ou não. ....	52
Tabela 5. Início do período da menarca.....	52
Tabela 6. Histórico de Câncer de Mama na família.....	53
Tabela 7. Avaliação do relacionamento conjugal antes do diagnóstico de Câncer de Mama. ....	53
Tabela 8. Avaliação do relacionamento conjugal depois do diagnóstico de Câncer de Mama.....	54
Tabela 9. Realização de trabalho remunerado nos últimos 24 meses.....	54
Tabela 10. Atividade Religiosa .....	55
Tabela 11. Atividade Física .....	55
Tabela 12. Nº. de pacientes que apresentou histórico de Depressão antes do surgimento de CM.....	55
Tabela 13. Nº. de pacientes que apresentou histórico de Transtorno de Pânico e Depressão antes do surgimento de CM. ....	56
Tabela 14. Nº. de pacientes que apresentou histórico de Transtorno de Humor Bipolar e Depressão antes do surgimento de CM. ....	56
Tabela 15. Dificuldade de sono.....	57
Tabela 16. Consumo de álcool.....	57
Tabela 17. Consumo de tabaco .....	58
Tabela 18. Satisfação quanto à sexualidade no momento presente. ....	58
Tabela 19. Avaliação da libido após a cirurgia de mastectomia. ....	58
Tabela 20. Apoio da família à paciente .....	59
Tabela 21. Escore do Inventário de Depressão Beck – BDI. Resultado da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama).....	59
Tabela 22. Escore do Inventário de Ansiedade Beck – BAI. Resultado da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama). ....	60
Tabela 23. Escore do Inventário de Desesperança Beck – BHS. Resultados da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama).....	60
Tabela 24. Teste t de Student para amostras pareadas para comparação das médias das escalas nas duas avaliações .....	61
Tabela 25. Teste dos <i>Postos com sinal de Wilcoxon</i> para comparação dos resultados da 1ª e 2ª avaliações .....	61

Tabela 26. Teste t de Student para comparação da diferença entre os escores das duas avaliações de acordo com a presença de histórico de DM.....	62
Tabela 27. Comparação entre a satisfação com o Relacionamento Conjugal antes e após o diagnóstico de Câncer de Mama – Teste de McNemar.....	62
Tabela 28. Análise da diferença da Autoestima por paciente, na 1ª. e 2ª. avaliação, conforme Escala de Autoestima de Rosenberg/ UNIFESP – EPM .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI	Inventário de Depressão Beck
BHS	Escala de Desesperança Beck
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CC-IGG	Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia
CCT	<i>Center for Cognitive Therapy</i>
CEMA	Centro de Mama
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CM	Câncer de Mama
ECM	exame clínico de mama
HADS	Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
QdV	Qualidade de vida
QVRS	<i>Health-Related Quality of Life - HRQOL.</i>
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Teoria SOC	Teoria de seleção, otimização e compensação
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
2.1 CÂNCER DE MAMA .....	21
2.2 O CÂNCER DE MAMA E SUAS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS: .....	25
2.2.1 Depressão, ansiedade e desesperança .....	25
2.2.2 Autoestima, imagem corporal e sexualidade .....	29
2.3 CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA.....	33
2.4 APOIO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	37
2.4.1 Um breve histórico da psico-oncologia .....	37
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>41</b>
3.1 GERAL.....	41
3.2 ESPECÍFICOS.....	41
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>42</b>
<b>4.1 DELINEAMENTO</b> .....	<b>42</b>
<b>4.2 AMOSTRA</b> .....	<b>42</b>
4.2.1 Tamanho Amostral.....	42
4.2.2 Critérios.....	42
<b>4.2.2.1 Critérios de Inclusão</b> .....	<b>42</b>
<b>4.2.2.2 Critérios de Exclusão</b> .....	<b>43</b>
4.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	43
4.4 INSTRUMENTOS .....	44
4.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	47
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	48
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>64</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>77</b>
<b>9 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>78</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>88</b>
APENDICE A - RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA .....	89
APENDICE B - APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PELA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG – PUCRS. ....	901

APENDICE C - EMENDA ENCAMINHADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS, referente ao protocolo intitulado “Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária”, com alterações no projeto: “Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução de mama”.....	92
APENDICE D - APROVAÇÃO DE EMENDA ENCAMINHADA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP – PUCRS, conforme OF.CEP. 746/12.....	94
APÊNDICE E - ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CO-ORIENTAÇÃO DA PROFª DRª IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON junto ao projeto: “Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama.....	95
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96
APÊNDICE G - FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	99
APÊNDICE H - ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO À: REVISTA PSICOLOGIA – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOLOGIA – APP/ LISBOA, EM 06/08/2012.....	102
APÊNDICE I - E-MAIL DA REVISTA PSICOLOGIA/APP, CONFIRMANDO O RECEBIMENTO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO <i>científico intitulado: Câncer de Mama: aspectos psicológicos despertados e a importância do apoio ao paciente.</i> .....	109
<b>ANEXOS .....</b>	<b>110</b>
ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg.....	11111

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é um problema de saúde pública que merece atenção dos órgãos públicos pela alta incidência. O câncer de mama representa uma das maiores causas de morte entre as mulheres. No Brasil e no mundo, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente na população e o mais comum entre as mulheres. Este dado é válido tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento, porém o que muda é a expectativa de vida nestes dois grupos. No Brasil, as taxas de incidência se encontram em uma faixa intermediária de magnitude em relação ao resto do mundo. A estimativa para 2010 era de 49.240 novos casos de câncer diagnosticados no Brasil. Em 2012, esperam-se 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres.<sup>1</sup>

Apesar dos avanços tecnológicos e na área da saúde, e em especial na medicina, quanto ao tratamento do câncer, o diagnóstico está, normalmente, associado a um simbólico equivalente a “sentença de morte”, associada a dor, sofrimento e perda.<sup>2</sup> Estes sentimentos despertados na paciente levam-na, quase sempre a um quadro de depressão. Mas não é só a paciente com câncer que sofre, a família que está engajada no processo do adoecer e mesmo no processo terapêutico, passa a apresentar alguns sinais bem típicos desse quadro.

A literatura nos mostra que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, assim como a mastectomia afetam o estado emocional da mulher.<sup>3</sup> Esta pesquisa pretende analisar os aspectos psicológicos e comportamentais despertados nas mulheres mastectomizadas se há ou não alguma mudança destes sentimentos e comportamentos após a cirurgia de reconstrução mamária. No título deste trabalho encontramos: “Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama”, mas a expressão “avaliação psicológica” quer dizer que foi analisado as repercussões psicológicas que o câncer de mama traz a mulher, avaliou-se a presença ou não de sintomas depressivo, de ansiedade, desesperança e autoestima, mas em nenhum momento as pacientes passaram por avaliação psicológica (conforme CID10 ou DSM 4 – R).

O câncer de mama provoca, em sua trajetória, diferentes situações às mulheres que são diagnosticadas com essa doença, tais como: integridade psicossocial, mutilação física, à incerteza do sucesso do tratamento, à possibilidade de recorrência, a perda, a morte, entre outros. A literatura tem mostrado que na fase inicial do percurso da doença, a maioria das mulheres experimenta algum grau de perturbação emocional e reações emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva, sentimento de perda de controle sobre o futuro, entre outras.<sup>4,5,6</sup>

Para Parkes (1998),<sup>7</sup> a remoção da massa tumoral é bastante frequente, embora não seja o procedimento utilizado em todos os casos, é visto pela mulher como algo invasivo, acarretando uma mutilação (parcial ou total) da mama, influenciando no estado emocional; na percepção da integridade física e na imagem corporal, repercutindo na forma como esta mulher irá entender e desenvolver seu papel frente as questões relativas a sensualidade e sexualidade. Segundo ele, este evento é acompanhado, geralmente, de vivências extremamente dolorosas relacionadas a uma sensação de perda interna do próprio self, alterando a relação que a paciente estabelece com seu corpo e sua mente.

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, na esfera emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico.<sup>8</sup> Quanto as perdas econômicas, Silva & Hortale (2006)<sup>9</sup> comentam que estes fatores também são significativos e impactam na vida da paciente. Os custos diretos com a compra de medicamentos, busca por procedimentos hospitalares, por outros serviços de saúde, além de custos indiretos como o potencial produtivo perdido trazem preocupação para a paciente e sua família.

Neste sentido, o papel do Psicólogo Oncológico se faz importante na medida em que auxilia na manutenção do bem-estar da paciente, minimizando os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, ajudando a compreender a experiência do adoecer, possibilitando assim re-significações deste processo, trabalhando o luto e as perdas (mastectomia).

O câncer de mama é resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, pode ser identificado pelas próprias mulheres, por meio da prática do autoexame.<sup>10</sup>

O Instituto Nacional do Câncer (2012),<sup>11</sup> destaca como fatores de risco ao câncer de mama, o processo de urbanização da sociedade associado a uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos, podemos citar como principais: histórico familiar; envelhecimento; menopausa tardia (após os 50 anos); menstruação precoce; primeira gravidez após os 30 anos e o fato de não ter tido filhos (nuliparidade).

Estudos epidemiológicos indicam que fatores ambientais são responsáveis por pelo menos 80% da incidência do câncer de mama. Fatores genéticos representam 5% a 7%, porém, quando se apresenta antes dos 35 anos, esta frequência chega a 25%.<sup>12</sup>

O tratamento do câncer de mama apresenta várias modalidades que podem ser utilizadas, que vão desde a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e a reabilitação. Geralmente o tratamento requer a combinação de dois ou mais métodos terapêuticos, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos.<sup>13</sup>

Conforme White (2002),<sup>14</sup> os efeitos colaterais que a quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia provocam nas mulheres interferem negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na sexualidade da mulher. As principais consequências desse tratamento são náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispareunia e anorgasmia.

A reabilitação do paciente com câncer de mama e seu reajustamento social depende de um trabalho multidisciplinar, onde a equipe trabalha visando o bem-estar do paciente e mantendo um bom relacionamento com a mesma e seus familiares.<sup>15</sup> Neste sentido, o psicólogo que trabalha com estes pacientes tem um

papel importante no entendimento e compreensão das necessidades emocionais da mulher que vivencia o diagnóstico e as vicissitudes do tratamento.

Esta pesquisa foi desenvolvida na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), no Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, tendo como linha de pesquisa os Aspectos Clínicos e Emocionais no Envelhecimento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama representa uma das maiores causas de morte entre mulheres. Este dado é válido tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento, o que muda é a expectativa de vida nestes dois grupos. No Brasil, o câncer de mama está entre a segunda maior causa de óbito entre as mulheres, sendo que o primeiro lugar é ocupado pelas doenças cardiovasculares.<sup>1</sup>

Em 2012, esperam-se 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Os RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) analisados, os maiores valores das taxas médias de incidências anuais, ajustadas por idade, por 100 mil mulheres, foram encontrados em Porto Alegre/RS (91,8%); seguido de Belo Horizonte/MG (72,8%) e São Paulo/SP (70,1%). A menor taxa foi observada na cidade de Cuiabá (49,6%). Sendo que as regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentam a maior incidência de câncer, dado este que está sendo estudado pelos pesquisadores.<sup>1</sup>

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no senso de 2010 o Brasil tem 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que representa 12% da população brasileira, Os idosos formam o grupo que mais cresceu na última década. Este crescimento da população idosa é reflexo de um aumento na expectativa de vida, devido ao avanço na área da saúde, redução da natalidade e outras mudanças estruturais. Logo, se a população de idosos vem crescendo se faz necessário acompanhar este crescimento com políticas de saúde pública que venham oferecer a este idoso condições de ter qualidade de vida e bem-estar nesta fase do ciclo vital. E, se por outro lado, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no Brasil e no mundo e o câncer mais comum entre as mulheres, necessitamos fazer pesquisas, compreender e auxiliar da melhor forma possível as mulheres que desenvolvem este tipo de neoplasia, servindo de suporte para o enfrentamento das repercussões do diagnóstico e do tratamento.

A psicologia vem acompanhando estas mudanças, e uma das grandes contribuições à Psicologia do Envelhecimento e à Psicologia do Desenvolvimento é

o legado deixado pelo psicólogo alemão Paul B. Baltes, com sua teoria do envelhecimento, baseada no paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*lifespan*), pelo meta-modelo de seleção, otimização e compensação (SOC), por pesquisas sobre a plasticidade da inteligência na vida adulta e velhice e por investigações interdisciplinares sobre a velhice avançada. Segundo Neri (2006)<sup>20</sup>, o desenvolvimento foi definido por Baltes como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e sócio-culturais de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e pela interatividade indivíduo-cultura e entre os níveis e tempos das influências. O desenvolvimento e o envelhecimento bem-sucedidos baseiam-se em seleção de metas, otimização dos meios para atingir essas metas e busca de compensações quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem ausentes.

Hoje o paradigma *lifespan* é a corrente dominante na Psicologia do Envelhecimento e é adotado por um número crescente de pesquisadores da psicologia da infância e da adolescência.<sup>16</sup> É pluralista, uma vez que considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, é transacional, dinâmico e contextualista.<sup>17</sup> Segundo Baltes (1987)<sup>18</sup>, processo biológico normativo de envelhecimento inclui diminuição da plasticidade comportamental (ou possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio), e diminuição da resiliência biológica (ou capacidade de enfrentar e de recuperar-se dos efeitos da exposição a doenças, acidentes e incapacidades). No entanto, eles não são independentes, pois os limites da plasticidade individual dependem das condições histórico-culturais, condições essas que se refletem na organização do curso de vida dos indivíduos e das coortes. A resiliência individual depende dos apoios sociais e da estrutura da personalidade, dos mecanismos denominados por Bandura (1986)<sup>19</sup> de mecanismos de “autoregulação do self”. Sua integridade promove a continuidade do funcionamento psicossocial e o bem-estar subjetivo dos idosos, mesmo na presença de perdas biológicas, cognitivas e sociais acarretadas pelo envelhecimento.<sup>20</sup>

Já as influências não-normativas, não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo, ou seja, não são dependentes da ontogenia e nem do tempo histórico. Sua ocorrência é imprevisível, podendo ser de caráter biológico ou social. Interrompem a sequência e o ritmo do curso de vida esperado, geram

condições de incerteza e desafio e impõem sobrecarga aos recursos pessoais e sociais. Seus efeitos de longo prazo variam de acordo com o significado do evento para o indivíduo, sua condição de enfrentamento e seus os efeitos sobre o *status* funcional, os papéis sociais e o senso de identidade.<sup>17</sup>O efeito dos eventos não-normativos é potencializado pela experiência de incontabilidade que geralmente acarretam. O potencial estressor dos eventos incontáveis tende a ser maior para os velhos, na medida em que, na velhice, ocorre diminuição de recursos e que aumentam as possibilidades de convivência com eventos negativos. Aos efeitos da velhice podem somar-se os da pobreza, desnutrição, baixo nível educacional, ser do gênero feminino, pertencer a grupos excluídos por critérios raciais e discriminação por idade. Neste contexto inserimos as mulheres idosas com câncer de mama que fazem parte desta pesquisa.

A teoria de seleção, otimização e compensação (teoria SOC), proposta por Baltes e Baltes (1990)<sup>21</sup> afirma que os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos internos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência, cujos objetivos são descrever o desenvolvimento em geral e estabelecer como os indivíduos podem, efetivamente, manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem em oportunidades e em restrições para seus níveis e trajetórias de desenvolvimento. A plasticidade comportamental é sua inspiração central.<sup>20</sup>

Estatísticas mostram que durante as décadas de 60 e 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou um aumento de dez vezes nas taxas de incidência da doença, isto nos diversos continentes.<sup>22</sup>Segundo o CancerStatistics, em 2008 houveram 182.460 novos casos de câncer nos Estados Unidos. As áreas de maior risco de câncer de mama são: América do Norte, Europa e Austrália, sendo que o risco é mais baixo em regiões menos desenvolvidas da África subsaariana e no Sul e Leste da Ásia, incluindo o Japão. Pesquisas mostram que a possibilidade das mulheres japonesas desenvolver câncer de mama até a idade de 75 anos é um terço em relação ao encontrado em países ricos.

O câncer de mama provoca dificuldade na integridade psicossocial, incertezas quanto ao sucesso do tratamento, medo da recorrência, da perda e da morte. Devido a alta incidência e as repercussões psicológicas que a câncer de mama

acarreta, podemos dizer que é o mais temido entre as mulheres, pois afeta a sexualidade e a percepção da imagem corporal.<sup>11</sup>

O câncer de mama está associado a inúmeros fatores de risco: histórico familiar; envelhecimento; menopausa tardia, menarca precoce. De acordo com o INCA (2012), o processo de urbanização da sociedade associado a etiologia multifatorial, acrescido de fatores individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos contribuem para o desencadeamento desta doença. Quanto a prevenção, o mesmo órgão preconiza que a prevenção primária ainda não é totalmente possível, devido a variação dos fatores de risco e as características genéticas envolvidas na etiologia desta neoplasia. Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença.

A obesidade também se constitui fator de risco, preveni-la através de uma dieta equilibrada e prática de atividade física regular e adequada a idade é uma recomendação importante para prevenção do câncer de mama, uma vez que o excesso de peso aumenta o risco de desenvolver a doença. A ingestão de álcool é contra indicada, mesmo em quantidade moderada, pois há estudos que indicam como fator de risco para esse tipo de tumor. Outro fator de risco que ainda está sendo pesquisado é o uso de pílulas anticoncepcionais. Não há evidências claras sobre a associação do uso de pílulas anticoncepcionais e o aumento do risco para o surgimento de câncer de mama. Para o Instituto Nacional de Câncer (2012)<sup>11</sup> as mulheres que usaram contraceptivos orais com dosagens elevadas de estrogênio, que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez, podem estar mais predispostas a desenvolver esta neoplasia.

Segundo Thuler (2003)<sup>23</sup> a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, em países onde o rastreamento mamográfico não está disponível, deve-se encorajar o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio do ECM (exame clínico de mama), com ênfase em mulheres que frequentam serviços de saúde por outras razões, especialmente quando estiverem na faixa etária compreendida entre os 40 e os 69 anos de idade (rastreamento oportunístico).

O tratamento do câncer de mama pode ser feito de várias formas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e a reabilitação. O tratamento mais comum é a extração da mama comprometida (mastectomia). Em alguns casos, o cirurgião faz apenas a retirada de partes da mama, através da chamada quadrantectomia (remoção de um quarto da mama) ou setorectomia (remoção apenas do tumor e de pequena região em torno, para obter margem livre), com bons resultados em termos de sobrevivência e melhor efeito estético, já que o órgão é conservado.<sup>24</sup> A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos indicados em casos mais avançados. A escolha do método terapêutico apropriado irá depender de vários fatores, tais como: idade, localização e tamanho do tumor, disponibilidade financeira, análise da mamografia e do modo da paciente lidar com a mama afetada.<sup>24</sup>

Em razão da sua elevada incidência, o câncer de mama tornou-se uma das grandes preocupações, principalmente pelo impacto psicológico e social que representa na saúde das mulheres. Viver com uma doença relacionada a estigmas; sofrer os preconceitos que muitas vezes surgem dos familiares mais próximos ou do próprio companheiro; conviver constantemente com incertezas e com a possibilidade de recorrência do câncer de mama, constituem algumas das dificuldades enfrentadas no cotidiano feminino.<sup>25</sup>

## 2.2 O CÂNCER DE MAMA E SUAS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS:

### 2.2.1 Depressão, ansiedade e desesperança

O diagnóstico de câncer de mama traz repercussões psicológicas visíveis na vida da mulher. Receber o diagnóstico remete o paciente a questão da finitude e da morte. Este evento é acompanhado, geralmente, de vivências extremamente dolorosas relacionadas a uma sensação de perda interna do próprio self, alterando a relação que a paciente estabelece com seu corpo e sua mente.<sup>7</sup>

Em um estudo realizado por Rossi & Santos (2003)<sup>26</sup>, com objetivo investigar as repercussões psicológicas associadas ao processo de adoecer em 10 mulheres com câncer de mama, que foram submetidas à mastectomia (total ou parcial),

radioterapia e quimioterapia. Observou-se que as repercussões psicológicas variam de acordo com a fase do adoecimento e tratamento (pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento). Segundo Rossi as repercussões psicológicas do câncer de mama variam conforme o momento vivenciado, dentro do contínuo que se estende desde o diagnóstico até o tratamento, afetando o ajustamento psicossocial de maneira diferente nos estágios identificados, prejudicando a qualidade de vida da mulher acometida.

Covich (2000),<sup>27</sup> afirma que o câncer atinge a integridade psicológica da paciente, tornando-a fragilizada e vulnerável a depressão e ansiedade. Tal situação é geradora de intensa angústia, causada, em geral, pelo medo da mutilação, da dor e da morte, pela culpa e pela agressividade. Sob o aspecto fenomenológico, a ansiedade e a depressão devem ser vistos como conceitos separados, a ansiedade envolve sentimentos de medo, preocupação e apreensão, enquanto a depressão é dominada pela tristeza, pesar e desesperança.<sup>28</sup>

A literatura tem mostrado que na fase inicial do percurso da doença, a maioria das mulheres experimenta algum grau de perturbação emocional e reações emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva, sentimento de perda de controle sobre o futuro, entre outras.<sup>4,5,6</sup>

Moreira e Canavarro (2008),<sup>15</sup> realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e ajustamento psicossocial de mulheres com câncer de mama, dividiu o grupo amostral (n=146) em 3 grupos, a saber: o primeiro grupo de mulheres com câncer de mama em fase de diagnóstico, um segundo grupo de mulheres com câncer de mama, mas pós tratamento (chamado “grupo de sobreviventes”) e um terceiro grupo de mulheres sem doença oncológica, da população geral. O primeiro grupo era composto de 32 mulheres, o segundo de 58, sendo o terceiro grupo composto de 56. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: o WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida e a HADS para avaliar a depressão e ansiedade. As mulheres recentemente diagnosticadas com câncer da mama apresentaram-se mais ansiosas e exibiram os piores resultados no domínio físico e na faceta geral da QdV. A maioria das sobreviventes apresentou níveis normativos de ansiedade e de depressão e uma boa QdV, não se distinguindo da população geral em nenhum domínio da mesma. Nas mulheres recentemente diagnosticadas verificou-se níveis clinicamente significativos de ansiedade, 53% delas. Já no grupo

de sobreviventes apenas 19,3% das mulheres pontuaram acima do ponto de corte, E no grupo de mulheres saudáveis 30,9% pontuaram nas categorias moderada e grave. E quanto a depressão, apenas uma minoria das mulheres recentemente diagnosticadas receberam o diagnóstico de depressão, 15,7%, abaixo do índice verificado em outras pesquisas. O grupo controle (mulheres saudáveis) 7,3% receberam diagnóstico de depressão significativa. Estes resultados diferem um pouco de outros estudos já realizados nesta área, a investigação tem apontado uma prevalência de 20% a 30% de mulheres diagnosticadas com depressão maior ou com alguma perturbação de ansiedade, na fase de diagnóstico.<sup>15</sup>

Para Segal (1995)<sup>3</sup> a depressão e a ansiedade estão sempre presentes e a reabilitação das mulheres mastectomizadas é imprescindível. Apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer, o diagnóstico está correlacionado a um simbólico equivalente a “sentença de morte”, associado a dor, sofrimento, perda e mutilação. A reabilitação é um processo indispensável à adaptação aos exercícios de seus diferentes papéis, com o objetivo de contribuir para seu bem-estar e equilíbrio emocional.

O diagnóstico de câncer confronta a paciente com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal, traz a consciência sentimentos de perda, inclusive do próprio domínio sobre a sua vida. Segundo o National Câncer PolicyBoard dos Estados Unidos (2004), outras ocorrências são: medo da recorrência, sintomas físicos, como a fadiga, problemas de sono ou dor; alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, relações maritais, sentimentos de vulnerabilidade e elaborações existenciais, incluindo-se aí a questão da morte.<sup>29</sup>

Estas questões são vivenciadas principalmente pela paciente, mas a família também está envolvida neste processo de forma coadjuvante. Sentimentos de angústia, medo e ansiedade despertados na família muitas vezes levam a paciente a desenvolver um quadro de depressão. Para Rezende et al. (2005)<sup>30</sup> em estudo feito com mulheres com câncer, revelou que uma considerável proporção dos cuidadores informais principais de pacientes com câncer de mama ou ginecológico, na fase terminal da doença, apresentam ansiedade e depressão. Existe um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento do paciente,

com consequências diretas sobre ambos. A depressão e a ansiedade no cuidador podem desencadear depressão e ansiedade no paciente e vice-versa; ou seja, se a família é afetada pela doença, as reações familiares também afetam o paciente. Tais evidências reforçam a ideia de que o processo de cuidar é bastante complexo, influenciando e sendo influenciado pelo contexto do adoecer e do morrer. Assim, é justificável a preocupação crescente em estudar esse impacto. Avaliar e tratar a ansiedade e a depressão no cuidador informal tem importante valor preventivo.<sup>30,31,32,33,</sup>

Na última década, muitos pesquisadores tem se dedicado ao estudo das repercussões psicológicas do câncer de mama na mulher, assim como a Qualidade de Vida (QV) e adaptação psicossocial desta.<sup>34,35,36,37</sup> Outros pesquisadores também corroboram com a afirmação de que quando a mulher se depara com o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, percebe-se também o aparecimento de medos, angústias, rejeição, alterações na imagem corporal, medo da morte, da perda da autonomia, da dor e do sofrimento, que determinam, normalmente, níveis elevados de perturbação emocional.<sup>5,38</sup>

Burgess et al. (2005),<sup>39</sup> num estudo com um grupo amostral de 222 mulheres com câncer de mama, verificaram que cerca de 33% destas mulheres apresentavam níveis significativos de depressão, ansiedade ou ambos, no período inicial da doença, fase de diagnóstico, índice semelhante ao encontrado pelos pesquisadores da Universidade de Coimbra. Apesar da escassa literatura direcionada pesquisa dos fatores psicológicos e ajustamento psicossocial, em mulheres que tiveram câncer de mama, anos após o tratamento (de 5 à 10 anos após o tratamento), pode-se dizer que a medida que o tempo avança, apenas uma minoria evolui para alguma perturbação psiquiátrica definida após este tempo.<sup>4</sup>

Em outro estudo realizado na UNIFESP, por Medeiros (2010)<sup>40</sup> com o objetivo de determinar a ocorrência de depressão em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora, com ou sem reconstrução mamária, foi observado que não houve diferenças significativas entre os 3 grupos estudados quanto a ocorrência de depressão. A amostra constituiu-se de 75 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, sendo que destas, 25 tinham câncer de mama e foram submetidas a cirurgia conservador com reconstrução imediata; um segundo grupo (n=25) também realizou cirurgia conservadora, mas sem reconstrução mamária. O

terceiro grupo (n=25), grupo controle, consistiu de 25 mulheres sem câncer de mama, mas com a mesma idade e distribuição de nível educacional dos outros dois grupos. Segundo estes pesquisadores, a depressão e a ansiedade estão entre os transtornos psicológicos mais prevalentes em pacientes com câncer, sendo variáveis importantes nos estudos que avaliam a qualidade de vida, particularmente em pacientes com câncer de mama. Quanto a qualidade de vida e a autoestima também devem se levadas em conta ao se tomar uma decisão quanto ao tratamento do câncer de mama.

### 2.2.2 Autoestima, imagem corporal e sexualidade

A autoestima pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma. A autoimagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo, determinando seus pensamentos, sentimentos e comportamento. A análise e a quantificação do autorretrato que as pessoas fazem de si próprias podem ser medidas objetivamente baseando-se nas suas experiências sociais.<sup>41</sup>

Wanderley (1994)<sup>42</sup> aponta que o câncer de mama e seu tratamento representam um trauma psicológico na vida das pacientes. A mama é entendida simbolicamente como representação da feminilidade e a mastectomia vem desconfigurar o imaginário, a sexualidade e a sensualidade perdem espaço para a mutilação e a perda. A alteração na autoimagem da mulher gera sentimentos de inferioridade, impotência, medo de rejeição e vergonha. Muitas mulheres, após a mastectomia sentem-se envergonhadas frente aos seus parceiros, repercutindo na vida sexual, evitando até mesmo contatos mais íntimos por se sentirem mutiladas, feias e repulsivas.

As mamas são partes do corpo feminino e por influência cultural altamente valorizadas, sendo um forte apelo usado pela mídia. Outro aspecto a ser pensado é que ela ocupa um lugar na diferenciação de gênero. São símbolos sensuais, descritos milenarmente em verso e prosa. O ato de amamentar também fica

comprometido; a perda de parte ou do todo representa uma grande ameaça à integridade psicológica e funcional da mulher.<sup>43</sup>

Segundo Regis,<sup>44</sup> a mama não corresponde apenas ao aspecto físico, ela é vista como um símbolo de feminilidade, por isso é motivo de orgulho para a mulher e admiração para os homens, possuindo um significado afetivo e psicológico. Sendo assim, a palavra câncer traz um estigma muito forte para a mulher, pois além de estar associada à morte, pode afetar uma parte tão valorizada do seu corpo.<sup>24</sup>

A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta as emoções, pensamentos e o modo de as pessoas relacionarem-se com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida delas.<sup>45</sup> Para Schilder (1999),<sup>46</sup> a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável.

O termo imagem corporal para Helman (2006)<sup>47</sup> é empregado para descrever todas as maneiras como o indivíduo percebe seu corpo, consciente e inconscientemente. O meio cultural do grupo no qual ele cresce ensina-o a interpretar as mudanças no próprio corpo ao longo do tempo e nos dos outros indivíduos. Aprende a perceber e distinguir um corpo jovem de um velho, um corpo doente de um saudável, informações de gênero, status social, adesão a determinados grupos sociais, conceitos de beleza, normalidade ou anormalidade.

As mulheres submetidas à mastectomia radical sem reconstrução da mama apresentam maiores índices de insatisfação com a própria imagem corporal, além de descontentamento pelo resultado estético da cirurgia, se comparadas às mulheres que fizeram outros procedimentos cirúrgicos para o câncer de mama.<sup>48</sup> Parker também concorda que a cirurgia mamária causa impacto no cotidiano da mulher com câncer de mama, ele comparou mulheres mastectomizadas com outros grupos submetidos a diferentes cirurgias e concluiu que as mulheres mastectomizadas apresentaram mais problemas com a percepção da imagem corporal.<sup>7</sup>

Santos & Vieira (2011)<sup>49</sup>, em um estudo realizado na Universidade de São Paulo, fazendo uma revisão sistemática da literatura sobre a imagem corporal de mulheres com câncer de mama concluíram que, entre todos os estudos analisados, o conceito de imagem corporal foi pouco problematizado, sendo que, algumas vezes, a imagem corporal foi associada à satisfação da mulher com câncer de mama com a aparência física após o tratamento ao bem-estar psicológico. Em outros estudos, a imagem corporal foi considerada um componente da qualidade de vida, sendo que tais artigos utilizaram escalas de mensuração da imagem corporal e/ou de qualidade de vida. Encontramos contradições em relação aos resultados comparativos de alguns estudos. Mas de maneira geral, observa-se uma vantagem para as cirurgias conservadoras em relação à reconstrução mamária para os resultados de imagem corporal.

Além das repercussões que a cirurgia causa (seja conservadora ou mastectomia radical) temos também os efeitos que os outros tratamentos causam. Mulheres manifestaram sentimentos de menor valia e de inutilidade relacionados a efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia, como a fadiga, além da limitação do cumprimento de atividades anteriores devido ao linfedema.<sup>50</sup> Para algumas mulheres a alopecia resultante da quimioterapia poderia denunciar o câncer, trazendo constrangimentos e o afastamento do convívio social. Segundo Hill (2008),<sup>51</sup> a alopecia foi descrita por mulheres como uma das consequências mais graves no tratamento para o câncer de mama, mesmo se comparada à perda do seio, uma vez que os cabelos estariam relacionados à identidade e à segurança emocional.

Vilhauer (2008)<sup>52</sup> e Frith (2007),<sup>53</sup> afirmam que as mulheres que fizeram a reconstrução mamária dizem não ter reconhecido o seio reconstituído como parte integrante de seu corpo, necessitando de um tempo de adaptação, mesmo para aquelas mulheres que realizaram a reconstrução imediata, uma vez que estas relataram sentimentos de anormalidade ante o novo seio. A reconstrução mamária é um recurso imprescindível na reabilitação.

Em estudo realizado por Sanitt (2006),<sup>54</sup> as experiências relacionadas às alterações físicas ocasionadas pela remoção de um seio ou de parte dele, tais como a manutenção da sensação corporal da região que foi removida, a dor fantasma e a assimetria corporal, percebida visualmente e pelo desequilíbrio na distribuição de

peso corporal, foram relatadas pelas mulheres mastectomizadas. Neste sentido, Front (1999),<sup>55</sup> coloca que a reconstrução de mama proporciona uma melhora na autoimagem, conseqüentemente na autoestima, facilitando o relacionamento sexual e o resgate do imaginário feminino. Mulheres que já passaram por reconstrução mamária, segundo ele, tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência.

Frente a mastectomia, comumente as mulheres relatam a sensação de estarem “incompletas”, “não inteiras”, pensando incessantemente que perderam completamente a feminilidade. Em nossa sociedade, em relação à construção da feminilidade, as normas ditadas envolvem a supervalorização do belo, primando pela perfeição, caracterizando as mamas como belas e saudáveis. Qualquer anormalidade estética é encarada com discriminação, desvalorizando a mulher por não se adequar aos padrões sociais e culturais de beleza.<sup>56</sup> Estes sentimentos, segundo Browall et al.(2006)<sup>57</sup> justificam a necessidade de grande maioria das mulheres camuflar as alterações físicas de modo a preservar sua privacidade no convívio social, ou de restaurar uma aparência próxima a um ideal de beleza e de feminilidade presentes nas sociedades ocidentais.

A sexualidade é outro aspecto que precisa ser abordado, pois percebemos uma alteração na sexualidade devido aos tratamentos em mulheres com câncer de mama, afetando assim à imagem corporal. Alguns estudos descrevem uma correlação entre imagem corporal e o funcionamento sexual. Cousson (2007),<sup>58</sup> coloca que foram encontrados resultados de menores pontuações quanto a imagem corporal e a relação com um pior funcionamento sexual, e por outro lado, mulheres com uma melhor imagem corporal apresentavam um funcionamento sexual mais positivo. Garrusi (2008)<sup>59</sup> também faz esta correlação em um estudo desenvolvido com mulheres iranianas com câncer de mama.

Ainda com relação a sexualidade/sensualidade e a imagem corporal cabe salientar que conforme relatos de mulheres, em momento de tratamento para o câncer de mama, se percebe uma perda do potencial de excitação e de estimulação sexual pela remoção do seio. A imagem corporal e o funcionamento sexual também foram atrelados à percepção da atratividade sexual pelo parceiro ou da qualidade de relacionamento com o parceiro.<sup>60,61</sup>

Em 1999, um grupo de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, realizou um estudo multicêntrico (14 países - Tailândia, Israel, Índia, Austrália, Panamá, Estados Unidos da América, Holanda, Croácia, Japão, Rússia, Zimbábue, Espanha, França e Reino Unido), o maior já realizado sobre o tema “qualidade de vida”, que avaliou através de um método estatístico bastante sofisticado (regressão múltipla), qual a ordem de importância de cada domínio na qualidade de vida das pessoas. Foi instituído que a dimensão mais importante foi a psicológica (0,86). Isto significa que 86% do comportamento de instrumento genérico de qualidade de vida poderia ser explicado por este domínio. Em segundo lugar ficou o domínio social seguido do ocupacional e físico.

### 2.3 CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA

Em um primeiro momento, o diagnóstico de câncer de mama certamente causa um efeito devastador na vida de uma mulher e a busca pelo tratamento e pela cura é a motivação principal destas mulheres. Após a fase aguda do tratamento, há uma tendência a se retornar à qualidade de vida de antes do diagnóstico, ou mesmo a ocorrerem mudanças positivas na qualidade de vida, com oportunidade de crescimento pessoal. O enfrentamento da doença leva, na maioria dos casos, a um maior sentido na vida e à reestruturação de prioridades.<sup>62,63,64</sup>

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Qualidade de Vida é a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL-Group, 1994). Este é, portanto, um conceito que traduz a natureza subjetiva da avaliação do indivíduo, contextualizado no meio físico, cultural e social onde vive (WHOQOL-Group, 1998). É também um conceito dinâmico e multidimensional, que engloba os domínios físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade.<sup>65,66</sup> No entanto, são identificadas duas tendências quanto à conceituação do termo na área da saúde: QV como conceito mais genérico e QVRS (*Health-Related Quality of Life - HRQOL*). A QV apresenta, além dos aspectos associados às enfermidades e intervenções em saúde, uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por

estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos que são aspectos mais abordados na QVRS6. As medidas de QVRS são definidas como o relato do impacto do câncer de mama e seu tratamento sobre algum aspecto da função. O que permite avaliar os impactos: físico, psicológico e psicossocial da doença, identificar fontes de suportes familiar e social, além de medir a eficácia e os custos do tratamento.<sup>67</sup>

Qualidade de vida é termo de difícil definição, pois inclui uma variedade potencial de condições que afetam: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas. A oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, pois os tratamentos, por vezes agressivos, apesar de acrescentarem "anos à vida", não acrescentam "vida aos anos".<sup>64,68</sup>

Em mulheres com câncer de mama foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte, segundo estudos, isto tende a piorar a qualidade de vida. Outros aspectos que podem comprometer a QV de mulheres com câncer de mama relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior, uso de quimioterapia, sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades econômicas. A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com conseqüente piora da fadiga e dos sintomas depressivos.<sup>69</sup>

Lotti et al. (2008)<sup>67</sup> observa-se que a mastectomia apresenta relação negativa com a qualidade de vida, bem como a quimioterapia e a radioterapia. Dos sintomas decorrentes dos tratamentos, pode-se relatar que a fadiga, a depressão, os sintomas da menopausa, os sintomas na mama e no braço são os mais relacionados negativamente. Os autores deste estudo reafirmam a necessidade da informação sobre as conseqüências dos tratamentos para câncer, orientação sobre a nova condição, além de suporte psicológico para a paciente e sua família durante todo o tratamento.

Em um estudo longitudinal, Gimenes (1988),<sup>70</sup> com o objetivo de compreender a influência de fatores psicossociais na sobrevivência de mulheres com câncer de mama, investigou a existência e a natureza de possíveis relações entre fatores psicossociais e o bem-estar psicológico, bem como o papel do enfrentamento e as

formas através das quais a mulher mastectomizada lida com os sentimentos em diferentes fases da doença durante o primeiro ano após a mastectomia. Entende-se por bem-estar psicológico a "capacidade da mulher em estabelecer ligações afetivas, sua habilidade em manter controle emocional e comportamental e ausência de episódios de ansiedade ou depressão que exijam intervenção psiquiátrica ou psicológica"<sup>71,72</sup> Neste estudo, a pesquisadora percebeu que melhores níveis de bem-estar psicológico estão associados à facilidade de acesso aos serviços de saúde e à disponibilidade e apoio da equipe médica, o que diminui a ansiedade da mulher e melhora sua condição emocional. Outro resultado importante é a percepção das estratégias do enfrentamento da doença dentro da dinâmica da personalidade da paciente e de acordo com cada fase da doença. Gimenes ressalta a necessidade de intervenção em vários níveis, tendo em vista o bem-estar psicológico dessa clientela específica: (1) elaborar programas de intervenção psicossocial com ênfase na aquisição de habilidades de enfrentamento específicas para cada contexto do tratamento do câncer de mama; (2) preparar profissionais de saúde envolvidos com o cuidado específico de mulheres mastectomizadas, no sentido de trabalhar as angústias das mesmas, bem como de conscientizá-los das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes; (3) preparar os profissionais de saúde para lidar com as distintas reações emocionais apresentadas pelas pacientes nas diferentes fases do tratamento; (4) proporcionar apoio psicológico aos familiares.<sup>24</sup>

Quanto à relação entre o tratamento quimioterápico e qualidade de vida, os resultados são controversos. Em um estudo de corte transversal conduzido nos Estados Unidos, a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e antecedente de quimioterapia foi comparada à de mulheres sem neoplasia. Após dois anos de diagnóstico, em média, os autores observaram que as mulheres com câncer de mama apresentavam piores escores de Qualidade de Vida em várias escalas. Mas não houve diferença quanto a saúde mental em geral. Porém, no mesmo estudo se observou que as mulheres submetidas à quimioterapia apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, dado este obtido pela aplicação da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Por outro lado, em um estudo realizado na França, com mulheres com câncer de mama, onde se incluiu na pesquisa dois grupos: um que recebeu tratamento

quimioterápico e outro que não recebeu este tratamento. Observou-se que não houve diferenças na Qualidade de Vida entre os dois grupos. A avaliação da QV foi realizada com os questionários EORTC QLQ-30 e BR-23, após média de 9,6 anos do diagnóstico. Um estudo brasileiro também concorda com os achados do estudo francês acima citado, onde o uso de quimioterapia não se associou à pior QV de mulheres brasileiras, em média, cinco anos após o diagnóstico de câncer de mama. Porém, a QV foi avaliada apenas com um questionário genérico.<sup>69</sup>

Na última década, o impacto psicossocial do câncer tornou-se um aspecto central tanto no que tange aos cuidados com a doença quanto às pesquisas sobre ela. Muitas pesquisas têm se focado em aspectos específicos da qualidade de vida, antes negligenciados, como imagem corporal e sexualidade. Ainda assim, há poucos dados referentes a esse período, que compreende o fim do tratamento primário e a sobrevida. Várias pesquisas sugerem que problemas de funcionamento sexual são comuns, mas há também declínio da qualidade de vida, imagem corporal, humor e relações familiares.<sup>63,64,73</sup>

Outros pesquisadores relataram que mulheres jovens vivenciam maior estresse emocional, mais dificuldade de adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico de câncer de mama e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Essas mulheres expressam com maior frequência preocupações relativas à autoimagem, sexualidade, menopausa e com a perda da fertilidade, necessitando, portanto, de maior suporte psicossocial.<sup>18,69</sup>

Conforme Veiga et al. (2010),<sup>74</sup> em um estudo que avaliou 45 pacientes com câncer de mama, que foram tratadas com cirurgia conservadora e reconstrução mamária imediata, avaliou-se a qualidade de vida e autoestima no pré-operatório e novamente aos 6 e 12 meses após a cirurgia. Foi avaliado um segundo grupo de paciente, 42 mulheres também com câncer de mama, que foram submetidas a cirurgia conservadora sem reconstrução mamária. Este grupo foi avaliado pelo menos 1 ano antes da cirurgia conservadora, usado como grupo controle. Os questionários validados (Short Form-36, versão Brasil, e a Escala de Autoestima de Rosenberg - EPM), foram os instrumentos utilizados. Os pesquisadores concluíram que a cirurgia oncoplástica tem um impacto positivo na qualidade de vida e autoestima de pacientes submetidas a cirurgia conservadora de mama e cirurgia de reconstrução mamária imediata.

Para Conde (2006),<sup>69</sup> a análise dos diversos fatores que contribuem para a QV sugere que a sua influência é mais intensa nos primeiros anos que se seguem ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico. Não é incomum a QV ser referida pelas mulheres como "boa" ou "excelente" cinco anos após o diagnóstico. Neste sentido percebe-se a necessidade de maior suporte emocional durante os primeiros anos após o diagnóstico. Esse suporte não pode estar limitado ao período de tratamento.

## 2.4 APOIO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

### 2.4.1 Um breve histórico da psico-oncologia

A Psico-Oncologia, diz respeito, segundo a clássica definição de Holland (1990),<sup>75</sup> à área de interface entre a Psicologia e a Oncologia. Essa área se dedica, segundo a referida autora, ao estudo de duas dimensões psicológicas básicas do câncer, a saber: o impacto da doença na condição emocional do paciente, de seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento e o papel de variáveis psicológicas na incidência e na sobrevivência à doença.<sup>76</sup> A Psicologia Oncológica tem como foco de estudo e intervenção a preservação, tratamento, reabilitação e acompanhamento em fase terminal do paciente com câncer. O papel do psicólogo passa a ser o de: manter o bem-estar da paciente, prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos; ajudar o paciente a compreender a experiência do adoecer, possibilitando assim re-significações deste processo; trabalhar com o luto e as perdas (mastectomia). Porém o trabalho do psicólogo oncológico não se restringe a paciente, ele deve se estender à família da paciente como forma de dar continuidade ao processo terapêutico.<sup>77</sup>

O papel do psicólogo no tratamento de câncer começa a ser configurado a partir das transformações no conceito de saúde ocorrida entre as décadas de 70 e 90. Neste recorte histórico a saúde passa a ser compreendida como um fenômeno "biopsicossocial". Este fato constitui-se em um marco na criação de um espaço para o Psicólogo nos Serviços de Saúde.<sup>78</sup> Apesar de ter sido implantada só recentemente nos serviços hospitalares, a união entre a psicologia e a oncologia já

tem produzido resultados amplamente reconhecidos, por meio de aumentos significativos da sobrevida, melhora da qualidade de vida e fortalecimento psicológico para enfrentar a terminalidade quando se esgotam os recursos disponíveis para prolongar a sobrevida do paciente.<sup>79</sup>

Na década de 80 já se encontravam trabalhos versando sobre o atendimento psicoterápico à pacientes em hospitais e consultórios, como também grupos de autoajuda para pacientes e ex-pacientes de câncer. No Brasil temos um órgão que é referência nacional no tratamento de câncer, o INCA, Instituto Nacional do Câncer, que em 1985 criou o Setor de Psicologia e em 2003 a mesma instituição cria o primeiro curso de Especialização em Psicologia Oncológica. Em 1998 o Ministério da Saúde publica no D.O.U., dia 14/10/98, a portaria 3.535, tornando obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estes foram alguns dos principais momentos que fizeram a inserção do Psicólogo como membro de uma equipe multidisciplinar para atendimento à pacientes acometidos de câncer.

Segundo Gimenes (1994),<sup>71</sup> somente nas últimas décadas tem se feito abordagens e investigações acerca da relação existente entre personalidade, padrões comportamentais, fatores psicossociais e incidência, evolução e remissão do câncer. A realização de pesquisas nesta área reflete a preocupação e a contribuição da Psicologia em proporcionar com sua ação o bem-estar e a qualidade de vida à pacientes com câncer, através de uma atuação em equipe multidisciplinar para a assistência integral ao paciente e à sua família. A prática do psicólogo é exercida em todas as etapas do tratamento, num espaço de empatia e escuta terapêutica. Os objetivos desta prática serão alcançados na medida em que o Psicólogo Oncológico compreender o que está envolvido na queixa da paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se passando pelo imaginário da paciente.<sup>80</sup>

O Psicólogo Oncológico deve se preocupar em ter informações sobre o paciente, seu estado de saúde, tipos de tratamento, cirurgia, para poder repassar estas informações para o paciente, discutindo as questões pertinentes ao caso, pois quanto mais informado o paciente estiver sobre sua doença, maior será sua capacidade de enfrentar todo o processo e maior será o vínculo e a confiança na

equipe. Segundo Sales (2001),<sup>81</sup> pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento. Nesta interação psicólogo-paciente a linguagem deve ser acessível. Os temas que mais preocupam os pacientes e que mais aparecem nas intervenções psicoterápicas são: medo da morte, aceitação da imagem corporal tanto pelo paciente como pelo familiar (principalmente pelo cônjuge, em caso de mulheres casadas), sensação de falta de controle sobre a própria vida, temor da solidão, impotência, questões relativas a maternidade e a amamentação, medos dos efeitos adversos dos tratamentos oncológicos.

O papel do psicólogo também se estende a grupo familiar, é imprescindível incluir a família no atendimento, já que são peças fundamentais no apoio ao paciente quanto ao enfrentamento da doença.<sup>82</sup> A atuação do psicólogo junto a família deve priorizar a criação e reforço dos vínculos afetivos. Neste momento, deve-se entender que o estado emocional dos familiares também fica desestruturado e ao falar sobre a doença, compartilhar as emoções, ajudar a decidir sobre o tratamento e intervenções a serem feitas, também fortalece os familiares e conseqüentemente a paciente.

A literatura especializada mostra que pacientes submetidos à acompanhamento psicológico durante o tratamento de câncer de mama, segundo Leal (1993),<sup>83</sup> obtêm resultados importantes como: melhor aceitação da doença; melhora no estado geral de saúde; melhora na qualidade de vida; mais estrutura psíquica para o enfrentamento dos efeitos dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), além de uma comunicação mais facilitada entre paciente, família e equipe.

O câncer tem causas não apenas físicas, mas psíquicas neste sentido o doente oncológico necessita de uma assistência integral, que respeite situações subjetivas, sendo valorizado aspectos biopsicossociais, que, inquestionavelmente, auxiliam no processo de construção de estratégias de enfrentamento da doença. Barros & Lopes (2007),<sup>25</sup> enfatizam que para se obter mudanças de comportamento do doente com câncer e desmistificar o estigma em torno da doença é necessário além de um diagnóstico precoce e preciso; de um atendimento integral ao doente; de profissionais capacitados para lidar com essa clientela; da preocupação com a humanização da assistência em todas as áreas, seja essa de enfermagem, psicológica, médica, dentre outras. Segundo eles é imprescindível que a família seja

o alicerce desse doente e que possa coletivamente construir um caminho menos árduo e menos sofrido para enfrentar o câncer. O apoio da família nos problemas relacionados a um diagnóstico tão temido por todos, torna-se menos sofrível e a esperança mais concreta e evidente.

Apesar dos grandes avanços no tratamento oncológico, nem sempre é possível obter a cura; com isso, muitos pacientes passam a necessitar de cuidados que visam, além do controle da dor e de outros sintomas diversos, interferir nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no intuito de investir na melhora de sua qualidade de vida.<sup>84,85</sup> Em casos onde o câncer de mama não tem mais cura, é necessário que a equipe multidisciplinar efetive condutas no plano concreto, visando, agora, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas sobretudo a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos. Reconhecer, sempre que possível, seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento. Estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho, multidisciplinar, que chamamos de cuidados paliativos, embora a preocupação com o alívio e conforto deva estar presente em todos os momentos do tratamento.<sup>84</sup>

## **3OBJETIVOS**

### **3.1 GERAL**

Avaliar os sentimentos despertados em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária em momentos pré e pós cirúrgicos, analisando como a autoimagem reflete na atuação destas pacientes no âmbito familiar, social e profissional.

### **3.2 ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a presença ou não de sintomas depressivos, de ansiedade e sentimentos de desesperança frente a vida, em mulheres mastectomizadas, antes e após a cirurgia de reconstrução mamária.
2. Avaliar as repercussões da mastectomia e da cirurgia reconstrutiva mamária na imagem corporal e autoestima destas mulheres.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 DELINEAMENTO**

Este é um estudo longitudinal, observacional e descritivo, com seguimento de pacientes e avaliação das características psicológicas das mesmas.

### **4.2 AMOSTRA**

A pesquisa foi realizada com 30 mulheres mastectomizadas submetidas a procedimento cirúrgico de reconstrução mamária, atendidas pelo Centro de Mama, que fica sediado no ambulatório 314 do Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

#### **4.2.1 Tamanho Amostral**

Por se tratar de um estudo descritivo e com uma amostra de conveniência, não foi realizado o cálculo de tamanho amostral. A amostra foi fixada em 30 mulheres, número considerado factível dentro prazo estabelecido para a pesquisa.

#### **4.2.2 Critérios**

##### **4.2.2.1 Critérios de Inclusão**

Ser do sexo feminino, ser mastectomizada, estar sendo submetida a cirurgia de reconstrução mamária pelo Centro de Mama (CEMA) do Hospital São Lucas da PUCRS.

#### **4.2.2.2 Critérios de Exclusão**

Presença de deficiência mental ou comprometimento neurológico grave que prejudique a interação da paciente com o entrevistador ou o entendimento e compreensão das questões apresentadas nos instrumentos de avaliação por parte da paciente.

### **4.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Toda a coleta de dados da pesquisa ocorreu no Centro da Mama (CEMA) do Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, no ambulatório 314, no 3º andar do referido hospital.

O encaminhamento das pacientes para a participação na pesquisa era feito através cirurgião-plástico e/ou mastologista do Centro da Mama após a avaliação clínica e a indicação para reconstrução mamária. Neste momento a psicóloga entrava em contato com a paciente e no rapport inicial explicava os objetivos da pesquisa e os critérios de aceitação da proposta de trabalho. Após as informações e respostas às dúvidas sobre o estudo, se a paciente concordasse em participar do projeto era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a paciente manifestava sua concordância com o estudo assinando o TCLE (Apendice F), neste momento se iniciava a participação e a avaliação da paciente. Durante o desenvolvimento do trabalho as pacientes foram avaliadas quanto aos aspectos psicológicos e comportamentais apresentados antes e após a cirurgia reconstrutiva mamária.

O presente projeto foi aprovado pelo CEP, Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS em 27 de maio de 2011 (Apêndice A). Logo após a aprovação iniciou-se a seleção, que foi por conveniência. As avaliações tiveram início em maio de 2011 e a conclusão em setembro de 2012. Durante este período (16 meses), avaliou-se 36 mulheres, sendo que a amostra final foi de 30 mulheres. Do total de 36 mulheres, três (3) delas fizeram a avaliação inicial (pré-cirúrgica), mas desistiram de fazer o procedimento reconstrutivo, logo, foram excluídas da amostra. Outras duas (2) mulheres, responderam a avaliação inicial (pré-cirúrgica/1ª avaliação) mas não

deram continuidade no processo porque tiveram interferência de outras comorbidades, que necessitaram ser tratadas antes do procedimento cirúrgico de reconstrução mamária em função da urgência do quadro clínico. E, finalmente, 1 (uma) paciente fez a avaliação inicial e não compareceu mais as consultas e procedimentos estabelecidos pelo ambulatório (314) do Centro da Mama (Hospital São Lucas da PUCRS).

A coleta de dados foi feita através de entrevistas e aplicação dos inventários, escalas e ficha de dados sócio-demográficos e clínicos. As entrevistas tinham uma duração aproximada de 40 minutos e ocorriam quando as mulheres vinham para consulta com os médicos (cirurgião-plástico ou mastologista).

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Foram avaliados os sintomas depressivos, ansiedade, desesperança e autoestima das pacientes através da aplicação dos seguintes instrumentos:

- \* Inventário de Depressão Beck (BDI);
- \* Inventário de Ansiedade Beck (BAI);
- \* Escala de Desesperança Beck (BHS) e
- \* Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP - EPM

Os inventários e escalas acima mencionados tem seu uso autorizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Juntamente com estes instrumentos foi aplicado uma Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos (Apêndice G).

As Escalas Beck (BDI, BAI, BHS) foram desenvolvidas por Beck e seus colaboradores no Center for CognitiveTherapy (CCT), no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. Os manuais originais são de autoria de Beck e Steer . O desenvolvimento da versão brasileira das Escalas de Beck foi feito com permissão de NCS Pearson, Inc. para tradução, adaptação e padronização das escalas Beck para o Brasil.

O Manual da versão em português das Escalas Beck, de autoria de Jurema Alcides Cunha, foi desenvolvido de forma a apresentar equivalência conceitual e semântica com as versões em inglês. Houve também a colaboração de uma tradutora, para assegurar a equivalência idiomática das expressões utilizadas.

A estimativa de correlação entre teste-reteste foi de 0,95 ( $p < 0,05$ ) para BDI e 0,75 ( $p < 0,05$ ) para BAI e de 0,86 ( $p < 0,05$ ) para o BHS. Os dados demonstram a adequabilidade da tradução para a versão em português.<sup>86</sup>

O BDI (Beck Depression Inventory), conhecido como Inventário de Depressão Beck, é utilizado como medida da intensidade da depressão, com itens descritivos de atitudes e sintomas que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas.<sup>86</sup>

O BDI é uma escala de auto-relato, com 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3. O escore total se dá através da soma dos escores individuais, podendo chegar ao escore máximo de 63 pontos. O escore total permite classificar em níveis de intensidade da depressão. Os Inventários de Beck (BDI; BAI e BHS) utilizados nesta pesquisa não se encontram anexados neste trabalho por motivos éticos Código de Ética dos Psicólogos)

O BAI (Beck Anxiety Inventory) – Inventário de Ansiedade de Beck, é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. É constituído de 21 itens que são avaliados pelo sujeito numa escala de 4 pontos que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (1) “absolutamente não”; (2) “Levemente: não me incomoda muito”; (3) “Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; (4) “Gravemente: dificilmente pude suportar”. Os escores individuais vão de 0 a 3, e o escore total pode chegar a 63. O escore total é o resultado da soma dos itens individuais.

O BHS (Beck Hopelessness Scale), na tradução para o Português, Escala de Desesperança Beck, foi originalmente desenvolvido para medir a dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro”.<sup>86</sup>

O BHS é uma escala dicotômica, com 20 itens, onde as afirmações envolvem cognições sobre desesperança. A pessoa avaliada pode responder concordando com a afirmação (CERTO), ou discordando (ERRADO). É utilizado um crivo de correção, e o escore total é o resultado da soma dos itens individuais, podendo

variar de 0 a 20 pontos, nos dando a extensão das expectativas negativas frente ao futuro.

A Escala de Autoestima de Rosenberg/ UNIFESP – EPM: para a tradução e adaptação cultural da escala de autoestima foi utilizado a metodologia proposta por Guilleminet al.(1993). A escala de autoestima de Rosenberg foi inicialmente traduzida do original na língua inglesa para a língua portuguesa por dois tradutores independentes. Ambos os tradutores foram informados sobre o objetivo da tradução e mantiveram-se todas as características essenciais do questionário original em inglês, sendo, portanto, preservada as equivalências semântica e gramatical. A validade da construção foi obtida por testes de correlação (Pearson para variáveis contínuas e Spearman para variáveis categóricas) e regressão múltipla.

O cálculo do escore da Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP - EPM é feito por meio da soma dos valores encontrados no gabarito desenvolvido pelo autor. A escala constitui-se de 10 afirmações e cada afirmação contém 4 itens de resposta, sendo eles: a) "concordo plenamente"; b) "Concordo"; c) "Discordo"; d) "Discordo plenamente", e vão de 0 à 3. Sendo que o escore total é o resultado da soma dos itens individuais, variando de 0 a no máximo 30 pontos. A autoestima das pacientes foi avaliada através desta escala e os escores nos davam referência para classificar como: mudou sua autoestima para acima da média (autoestima mais elevada) e autoestima para abaixo da média (autoestima menos elevada). A Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM encontra-se no Anexo A deste trabalho.

Além das escalas e inventários acima mencionados aplicou-se uma Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos, desenvolvido pela pesquisadora a fim de enriquecer a pesquisa com dados descritivos da população estudada. Esta ficha foi respondida pela paciente durante a 1ª entrevista, juntamente com a 1ª aplicação dos inventários e escalas. A ficha encontra-se no Apêndice G.

Todos estes instrumentos foram aplicados da mesma forma em toda a amostra, seguindo uma sequência de aplicação: primeiro era aplicado a Ficha de dados Sócio-Demográficos e Clínicos, seguido da aplicação do BDI; BAI; BHS e por último a Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP – EPM, nesta ordem.

Estes instrumentos de avaliação foram aplicados aproximadamente um (1) mês antes da cirurgia de reconstrução mamária, em encontros com a psicóloga da

equipe, visando o entendimento e avaliação dos aspectos psicológicos e da estrutura de ego destas pacientes frente ao momento cirúrgico de reconstrução mamária e todos os meandres que envolvem tal situação.

A reavaliação destes instrumentos foi realizada novamente após a cirurgia de reconstrução mamária. Este momento foi chamado de “2ª. avaliação” e iniciou-se após dois (2) meses da cirurgia de reconstrução.

As entrevistas não-dirigidas e a aplicação dos inventários e escalas foram realizados em uma sala (consultório médico) que oferecia condições adequadas para o setting terapêutico, em ambiente tranquilo, boa iluminação e apenas na presença do entrevistador e do paciente. A sala localizava-se no ambulatório 314 do Hospital São Lucas da PUC/RS.

Os registros das entrevistas foram feitos através de anotações feitas pela psicóloga e foram utilizados com o pleno consentimento da paciente em questão.

Caso a psicóloga responsável pela pesquisa constatasse que a(s) paciente(s) necessitava de atendimento psicológico, a mesma era encaminhada ao Setor de Atendimento Psicológico do Hospital São Lucas, ou orientada a buscar outro serviço que oferecesse atendimento psicológico na sua região ou cidade de origem.

#### 4.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados na forma de uma planilha Excel e analisados no software estatístico SPSS versão 17.0. Foram utilizadas tabelas de frequência simples e cruzadas, medidas descritivas convencionais (média, desvio-padrão), teste t de *Student*, teste dos postos com sinal de Wilcoxon e teste de McNemar.

Os resultados foram avaliados através de um estudo comparativo dos sentimentos vivenciados antes e depois da reconstrução de mama, bem como os dados sócio-demográficos e clínicos para avaliar os fatores de risco para câncer de mama. A primeira avaliação ocorreu antes da cirurgia de reconstrução mamária, aproximadamente um mês antes da cirurgia. Além da entrevista, foram aplicados em cada paciente (individualmente), os seguintes instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); Escala de Desesperança de

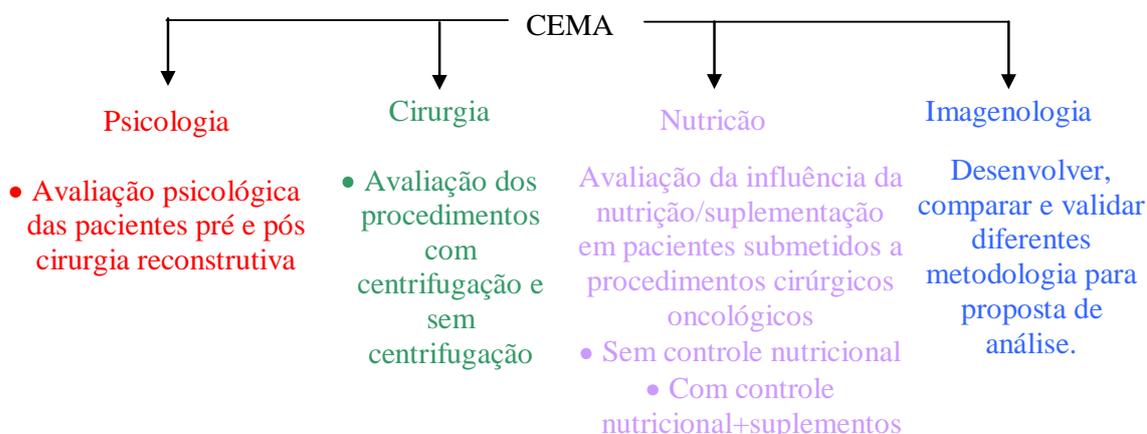
Beck (BHS); Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP – EPMFicha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos.

Após a cirurgia de reconstrução mamária foram reaplicados os Inventários acima citados, exceto a Ficha de dados sócio-demográficos e clínicos, e realizadas novas entrevistas com as pacientes para analisar os aspectos psicológicos apresentados neste momento.

Os testes foram reaplicados após 2 meses do procedimento reconstrutivo da mama, totalizando de duas (2) avaliações por paciente.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, associado ao Centro de Mama – CEMA, sob coordenação do Dr. Antônio Luiz Frasson, e tem como objetivo caracterizar a integração e a reabsorção de gordura em pacientes, submetidos a procedimentos reconstrutivos considerando: o tipo de enxerto; a dieta alimentar, suplementação e as condições psicológicas e comportamentais envolvidas no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, antes e após o procedimento cirúrgico de reconstrução mamária. O Projeto global se intitula: “Acompanhamento de pacientes submetidas a cirurgia de mama”. O esquema das 4 linhas de pesquisa do estudo maior estão apresentados na Figura 1 que segue.



**Figura 1** -Esquema ilustrativo das quatro linhas de pesquisa abordadas no projeto global apresentando a avaliação de interesse em cada linha de pesquisa.

**Fonte:** Projeto de pesquisa: “Acompanhamento de pacientes submetidas a cirurgia de mama”, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / PUCRS, 2011.

O projeto de pesquisa desta Dissertação foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (CC-IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS (Apêndice B).

O protocolo de pesquisa foi devidamente submetido ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da PUCRS e somente teve início após a aprovação, sendo os princípios éticos de privacidade e confiabilidade das informações respeitadas conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

A aprovação deste projeto, sem restrições à realização do mesmo, consta no protocolo de pesquisa registro CEP 11/05438, datado de 27 de maio de 2011 (Apêndice A). A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação pela CC-IGG e pelo CEP da PUCRS.

Todos os sujeitos estudados foram informados e consultados acerca dos procedimentos por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice F, devidamente assinado antes do início do estudo.

Nos casos em que a psicóloga responsável pela pesquisa constatasse que a(s) paciente(s) necessitasse de atendimento psicológico, a mesma era encaminhada ao Setor de Atendimento Psicológico do Hospital São Lucas, ou orientada a buscar outro serviço que oferecesse atendimento psicológico na sua região ou cidade de origem. Para a paciente que dispunha de convênio médico era encaminhada ao especialista (psicólogo) através de seu plano de saúde.

## 5 RESULTADOS

O presente projeto foi aprovado pelo CEP, Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS em maio de 2011, logo após a aprovação iniciou-se a seleção de pacientes a serem avaliadas pelos instrumentos acima referidos. A avaliação iniciou em maio de 2011 e teve sua conclusão em setembro de 2012. Durante este período (16 meses) avaliou-se 36 mulheres, sendo que a amostra final foi de 30 mulheres. Do total de 36 mulheres, 3 delas fizeram a avaliação inicial (pré-cirúrgica), mas desistiram de fazer o procedimento reconstrutivo, logo, foram excluídas da amostra. Outras 2 mulheres, responderam a avaliação inicial (pré-cirúrgica/1ª avaliação) mas não deram continuidade no processo porque tiveram interferência de outras comorbidades que necessitaram ser tratadas antes do procedimento cirúrgico de reconstrução em função da urgência do quadro clínico. E, finalmente, 1 (uma) paciente fez a avaliação inicial e não compareceu mais as consultas e procedimentos estabelecidos pelo ambulatório (314) do Centro da Mama (Hospital São Lucas da PUCRS).

Foram coletados os dados demográficos através da Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos (Apêndice G), estes dados foram apresentados através de Tabelas de frequência simples.

A faixa etária oscilou entre 32 e 76 anos, com média de idade de 54 anos. A tabela abaixo mostra os percentis de cada faixa etária:

**Tabela 1.** Faixa etária

<b>Idade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
30 – 39 anos	6	20,0
40 – 49 anos	11	36,6
50 – 59 anos	9	30,0
60 e mais anos	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

De acordo com os dados acima, percebe-se que a maior incidência de mulheres que reconstruíram a mama se mantém na faixa etária entre 40 à 59 anos, 66,6%, somando-se os percentis de 40-49 anos (36,6%) mais as de 50-59 anos

(30%). Da amostra, 13,3% das mulheres tinham acima de 60 anos ao realizarem a cirurgia de reconstrução mamária.

Quanto ao estado civil, a amostra apresentou com os seguintes dados: as mulheres que optaram por realizar a reconstrução mamária 50% delas eram casadas, e 20% tinham uma união estável, se somarmos estes dois itens, veremos que 70% mantêm um relacionamento estável com parceiro, 6,6% são viúvas e 3,3% estão separadas de seus cônjuges.

**Tabela 2.** Estado Civil

<b><i>Estado Civil</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Casada	15	50,0
Separada	1	3,3
Solteira	6	20,0
União estável	6	20,0
Viúva	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Estudos mostram que os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama tem uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos, podemos citar como principais: histórico familiar; envelhecimento; menopausa tardia (após os 50 anos); menstruação precoce e o fato de não ter tido filhos (nuliparidade). Quanto a nuliparidade podemos observar que apenas 20% das mulheres não tiveram filhos e 80% delas tiveram de 1 à 3 filhos, sendo este fator pouco significativo para esta amostra.

**Tabela 3.** N<sup>o</sup>. de filhos

<b><i>Número de filhos</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Nenhum filho	6	20,0
1 filho	8	26,7
2 filhos	14	46,7
3 filhos	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

O fato de não amamentar também está entre os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de câncer de mama, segundo o INCA (2012). Das mulheres pesquisadas, 73,3% amamentaram seus filhos e 26,7% não amamentaram. Um dado importante para se observar é que dentre as 8 mulheres que não amamentaram (26,7%), 6 (20%) não amamentaram porque não tiveram filhos (nuliparidade = 20%), logo, podemos dizer que das mulheres que tiveram filhos apenas 6,7% não amamentaram, o que se constitui em um índice baixo.

**Tabela 4.** Apresenta dados quanto a amamentação, se a mulher amamentou ou não.

<i><b>Amamentação</b></i>	<i><b>f</b></i>	<i><b>%</b></i>
Sim	22	73,3
Não	8	26,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Nesta pesquisa evidenciou-se que 3,3% das mulheres tiveram a menarca iniciando antes dos 10 anos, sendo que 53,3% tiveram a primeira menstruação entre 10 e 13 anos e 43,3% após os 13 anos de idade. Sabe-se que a menarca precoce é um dos fatores de risco, mas este dado também apresenta-se de forma pouco significativa neste estudo (3,3%). A literatura mostra que uma atividade cíclica ovariana longa, com uma menarca precoce e/ou menopausa tardia, estão associados a um alto risco de desenvolvimento de câncer de mama.<sup>87</sup>

**Tabela 5.** Início do período da menarca

<i><b>Menarca</b></i>	<i><b>f</b></i>	<i><b>%</b></i>
Antes dos 10 anos de idade	1	3,3
Entre os 10 – 13 anos de idade	13	43,3
Após os 13 anos de idade	16	53,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao fator de risco histórico familiar 30% das mulheres tiveram história de câncer de mama na família e 70% não tinham familiares (mãe, irmã, tia) com histórico de câncer de mama.

**Tabela 6.** Histórico de Câncer de Mama na família

<b><i>Histórico de CM na família</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Possui histórico de câncer de mama na família	9	30,0
Não possui histórico de câncer de mama na família	21	70,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

A tabela abaixo nos mostra como as mulheres avaliaram sua relação conjugal antes do diagnóstico de câncer de mama. As respostas variavam de: “totalmente insatisfatória”, “insatisfatória”, “regular”, “satisfatória” e “totalmente satisfatória”. Observa-se que 16,6% (5 mulheres) sentiam seu relacionamento insatisfatório (somados os itens “totalmente insatisfatório” e “insatisfatório”). E 40% (12 mulheres) entendiam seu relacionamento conjugal como “satisfatório” (somados os itens satisfatória + totalmente satisfatória). Quase a metade das mulheres avaliaram seu relacionamento conjugal como “regular”, 43,3% (13 mulheres).

**Tabela 7.** Avaliação do relacionamento conjugal antes do diagnóstico de Câncer de Mama.

<b><i>Relacionamento conjugal/ Antes CM</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Totalmente Insatisfatório	1	3,3
Insatisfatório	4	13,3
Regular	13	43,3
Satisfatório	9	30,0
Totalmente Satisfatório	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

A satisfação com o relacionamento conjugal também foi avaliado após o diagnóstico de câncer de mama, e obtivemos mudanças nos níveis de satisfação das mulheres.

**Tabela 8.** Avaliação do relacionamento conjugal depois do diagnóstico de Câncer de Mama.

<b><i>Relacionamento conjugal/ Depois CM</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Totalmente Insatisfatório	2	6,7
Insatisfatório	9	30,0
Regular	8	26,7
Satisfatório	10	33,3
Totalmente Satisfatório	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Pelas repercussões biopsicossociais que o câncer de mama traz, muitas vezes, permanecer no trabalho se torna difícil. Avaliamos este aspecto e observamos que nesta amostra, o número de mulheres que precisaram se afastar das atividades profissionais foi semelhante ao número que permaneceu no exercício profissional.

**Tabela 9.** Realização de trabalho remunerado nos últimos 24 meses

<b><i>Trabalho remunerado/ 24 meses</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Não	13	43,3
Sim	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

As pacientes foram questionadas se tinham ou não alguma religião, 100% delas acreditavam em Deus e afirmavam pertencer a uma religião. Este dado se distribui da seguinte forma: 22 católicas (73,3%); 5 evangélicas (16,7%); 2 espíritas (6,7%) e 1 metodista (3,3%).

**Tabela 10.** Atividade Religiosa

<b><i>Atividade Religiosa</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Sim - Católica	22	73,3
Sim - Espírita	2	6,7
Sim - Evangélica	5	16,7
Sim - Metodista	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto a atividade física, foram questionadas se praticavam ou não alguma atividade física e 17 delas afirmavam que se exercitavam fisicamente (56,7%) e 13 não praticavam nenhuma atividade física (43,3%).

**Tabela 11.** Atividade Física

<b><i>Atividade física</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Não pratico atividade física	13	43,3
Sim, pratico atividade física.	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Segundo a literatura, a depressão (ou sintomas depressivos) e a ansiedade são os quadros psiquiátricos mais frequentes na fase inicial do diagnóstico de câncer de mama. Questionamos as mulheres se já haviam tido alguma doença psiquiátrica antes do surgimento do Câncer de Mama e 50% afirmaram que já tinham passado por episódios depressivos ou quadros de depressão e 50% não haviam tido doença psiquiátrica antes do diagnóstico de câncer de mama.

**Tabela 12.** Nº. de pacientes que apresentou histórico de Depressão antes do surgimento de CM.

<b><i>Histórico de Depressão</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Não	15	50,0
Sim	15	50,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Apenas duas pacientes, 6,7% da amostra, mencionaram ter histórico de Transtorno de Pânico e depressão antes do surgimento do câncer de mama.

**Tabela 13.** Nº. de pacientes que apresentou histórico de Transtorno de Pânico e Depressão antes do surgimento de CM.

<i><b>Hist. de Transt. Pânico/ Depressão</b></i>	<i><b>f</b></i>	<i><b>%</b></i>
Não	28	93,3
Sim	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

E uma(1) paciente, 3,3%, afirmou ter Transtorno de Humor Bipolar e Depressão, anterior ao diagnóstico de Câncer de Mama.

**Tabela 14.** Nº. de pacientes que apresentou histórico de Transtorno de Humor Bipolar e Depressão antes do surgimento de CM.

<i><b>Hist. de Transt. Humor Bipolar/Depressão</b></i>	<i><b>f</b></i>	<i><b>%</b></i>
Não	29	96,7
Sim	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

As mulheres ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama passam por algumas perturbações emocionais, podendo desenvolver quadros de ansiedade e/ou depressão. Algumas delas ao desenvolverem quadros depressivos apresentam como sintoma a insônia. Foi questionado a estas mulheres se apresentavam dificuldade em dormir ou não. Conforme tabela abaixo, percebemos que seis (6) pacientes (20%), apresentavam “muita dificuldade em dormir”, 12 delas (40%) “às vezes tinham dificuldade em dormir” e 12 (40%) “não tinham dificuldade em dormir”. Podemos dizer que 60% da amostra apresentava dificuldade quanto ao sono.

**Tabela 15.** Dificuldade de sono.

<b><i>Dificuldade de sono</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Muita dificuldade em dormir	6	20,0
Às vezes tem dificuldade em dormir	12	40,0
Não tem dificuldade em dormir	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto a prevenção primária, tem-se especulado que a presença de alguns fatores poderiam reduzir o risco para câncer de mama, entretanto, devido à inconsistência dos resultados dos diferentes estudos epidemiológicos e à pequena magnitude das medidas de risco encontradas, ainda não podem ser associados, de forma inquestionável, à proteção. Não fumar, beber bebida alcoólica com moderação, manter o peso adequado após a menopausa e evitar a exposição à radiação iônica, estão entre as poucas medidas práticas de prevenção primária.

Dentre as mulheres que participaram da pesquisa, n=30, 20 não fazem uso de bebidas alcoólicas (66,7%) e 10 fazem uso de forma esporádica (33,3%) e nenhuma delas faz uso de bebida alcoólica de forma frequente ou acima do desejado (0%).

**Tabela 16.** Consumo de álcool.

<b><i>Uso de bebida alcoólica</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Não faz uso de bebida alcoólica	20	66,7
Às vezes faz uso de bebida alcoólica	10	33,3
Faz uso acima do desejado	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao uso do tabaco, mais da metade da amostra nunca fumou, 17 mulheres (56,7%), 10 delas (33,3%) fumaram no passado e atualmente não fumam, e 3 mulheres (10%) fazem uso de cigarro.

**Tabela 17.** Consumo de tabaco

<b><i>Uso de tabaco</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Nunca fumaram	17	56,7
Fumaram no passado, atualmente não fumam	10	33,3
Fumam	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

As mulheres também foram questionadas quanto a satisfação em relação a sexualidade, tendo em vista o momento presente. As opções de respostas estavam em grau crescente de satisfação: “Insatisfeita”; “Pouca satisfeita” e “Satisfeita”. Neste item, 8 mulheres (26,7%) se mostraram “insatisfeitas” quanto a sua sexualidade, 10 (33,3%) afirmavam estar “pouco satisfeitas” e 12 delas (40%), diziam estar “satisfeitas” com sua sexualidade.

**Tabela 18.** Satisfação quanto à sexualidade no momento presente.

<b><i>Satisfação Sexual</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Insatisfeita	8	26,7
Pouco satisfeita	10	33,3
Satisfeita	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto libido, 18 mulheres (60%), sentiram uma redução da libido após a mastectomia e 12 (40%) não perceberam uma redução da libido, estes dados podem ser comparados com os da tabela acima (18).

**Tabela 19.** Avaliação da libido após a cirurgia de mastectomia.

<b><i>Redução da libido pós mastectomia</i></b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Houve redução da libido	18	60,0
Não houve redução da libido	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

O resultado obtido quanto ao sentimento de apoio da família nos momentos de diagnóstico e tratamento resultou: quase a totalidade das mulheres (28), 93,3%, se sentiram apoiadas pelas suas famílias, o que auxilia no processo de recuperação da paciente. E apenas duas mulheres não se sentiram apoiadas, perfazendo um total de 6,7% da amostra.

**Tabela 20.** Apoio da família à paciente

<b>Apoio da família</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não se sentiram apoiadas	2	6,7
Sentiram-se apoiadas	28	93,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

#### **Resultados das Escalas Beck (BDI, BAI, BHS) e da Escala de Autoestima de Rosenberg – UNIFESP/EPM.**

**Tabela 21.** Escore do Inventário de Depressão Beck – BDI. Resultado da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama).

<b>Nível</b>	<b>Escore</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>1ª Avaliação %</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>2ª Avaliação %</b>
Mínimo	0 - 11	12	40	22	73,3
Leve	12 - 19	8	26,6	5	16,6
Moderado	20 - 35	9	30	2	6,6
Grave	36 - 63	1	3,3	1	3,3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

De acordo com a tabela acima, percebe-se que houve uma melhora nos sintomas depressivos, pois na 1ª avaliação 9 pacientes apresentavam nível moderado e após a reconstrução mamária apenas 2 pacientes evidenciaram níveis moderados, 6,6% da amostra. Em contrapartida tínhamos 12 pacientes com nível Mínimo de Depressão e na 2ª avaliação este número aumentou para 22 pacientes com nível mínimo, na 1ª avaliação 40% da amostra encontrava-se em nível mínimo, já na 2ª avaliação este número aumentou para 73,3% da amostra.

**Tabela 22.** Escore do Inventário de Ansiedade Beck – BAI. Resultado da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama).

<i>Nível</i>	<i>Escore</i>	<i>Nº</i> <i>Pacientes</i>	<i>1ªAvaliação</i> <i>%</i>	<i>Nº</i> <i>Pacientes</i>	<i>2ª Avaliação</i> <i>%</i>
Mínimo	0 - 10	9	30	16	53,3
Leve	11 - 19	11	36,6	8	26,6
Moderado	20 - 30	7	23,3	5	16,6
Grave	31 - 63	3	10	1	3,3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Quanto aos níveis ansiedade também observa-se uma redução, na 1ª avaliação 3 pacientes apresentavam níveis graves de ansiedade e após a reconstrução mamária apenas 1 paciente permanecia no nível grave. Por outro lado tivemos um aumento de pacientes apresentando níveis mínimos de ansiedade após a cirurgia de reconstrução.

**Tabela 23.** Escore do Inventário de Desesperança Beck – BHS. Resultados da 1ª. e 2ª. avaliação (pré e pós reconstrução de mama).

<i>Nível</i>	<i>Escore</i>	<i>Nº</i> <i>Pacientes</i>	<i>1ªAvaliação</i> <i>%</i>	<i>Nº</i> <i>Pacientes</i>	<i>2ª</i> <i>Avaliação</i> <i>%</i>
Mínimo	0 - 4	20	66,6	24	80
Leve	5 - 8	5	16,6	3	10
Moderado	9 - 13	3	10	1	3,3
Grave	14 - 20	2	6,6	2	6,6
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Conforme a tabela acima, percebe-se que a desesperança também diminuiu, depois da cirurgia de reconstrução mamária 80% das mulheres apresentavam nível mínimo de desesperança e apenas 6,6% nível grave. Observa-se que não houve mudança no percentual de mulheres quanto ao nível grave, permanecendo o mesmo nas duas avaliações. Uma hipótese que pode vir a justificar este resultado é a de que as duas (2) mulheres que apresentaram os mesmos níveis (grave) de desesperança nas avaliações pré e pós-cirúrgicas, não manifestaram este escore em função do câncer de mama, mas este resultado está relacionado a situações que estavam passando no âmbito familiar e que não tinham relação com a doença em si.

**Tabela 24.** Teste t de Student para amostras pareadas para comparação das médias das escalas nas duas avaliações

<b>Escola</b>		<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Valor de p</b>
BDI	Inicial	30	15,87	9,16	0,000**
	Final	30	10,40	7,82	
BAI	Inicial	30	16,80	11,70	0,001**
	Final	30	11,33	8,82	
BHS	Inicial	30	4,70	4,85	0,023*
	Final	30	2,90	3,73	
Autoestima	Inicial	30	10,60	5,18	0,000**
	Final	30	8,20	4,35	

\*\* Diferença significativa entre médias ao nível de 1%

\* Diferença significativa entre médias ao nível de 5%

**Tabela 25.** Teste dos *Postos com sinal de Wilcoxon* para comparação dos resultados da 1ª e 2ª avaliações

<b>Escola</b>	<b>Resultado</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Valor de p</b>
BDI	Inicial > Final	24	80,0%	0,000**
	Inicial < Final	6	20,0%	
	Final = Inicial	0	0,0%	
	Total	30	100,0%	
BAI	Inicial > Final	25	83,3%	0,001**
	Inicial < Final	4	13,3%	
	Final = Inicial	1	3,3%	
	Total	30	100,0%	
BHS	Inicial > Final	19	63,3%	0,015*
	Inicial < Final	6	20,0%	
	Final = Inicial	5	16,7%	
	Total	30	100,0%	
Autoestima	Inicial > Final	22	73,3%	0,000**
	Inicial < Final	5	16,7%	
	Final = Inicial	3	10,0%	
	Total	30	100,0%	

\*\* Diferença significativa ao nível de 1%

\* Diferença significativa ao nível de 5%

**Tabela 26.** Teste t de Student para comparação da diferença entre os escores das duas avaliações de acordo com a presença de histórico de DM.

	Histórico de DM: Depressão	n	Média	Desvio-padrão	Valor de p
dif_BDI	Não	15	-4,27	6,92	0,395 <sup>ns</sup>
	Sim	15	-6,67	8,24	
dif_BAI	Não	15	-4,80	6,90	0,647 <sup>ns</sup>
	Sim	15	-6,13	8,77	
dif_BHS	Não	15	-1,20	2,57	0,432 <sup>ns</sup>
	Sim	15	-2,40	5,23	
dif_AE	Não	15	-2,33	4,06	0,910 <sup>ns</sup>
	Sim	15	-2,47	2,03	

<sup>ns</sup>Diferença estatisticamente não significativa

**Tabela 27.** Comparação entre a satisfação com o Relacionamento Conjugal antes e após o diagnóstico de Câncer de Mama – Teste de McNemar

<b>Antes</b>	<b>Depois</b>					<b>Total</b>
	<b>TI</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>S</b>	<b>TS</b>	
TI	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
I	0 0,00%	2 50,00%	1 25,00%	1 25,00%	0 0,00%	4 100,00%
R	1 7,70%	4 30,80%	2 15,40%	6 46,20%	0 0,00%	13 100,00%
S	0 0,00%	3 33,30%	4 44,40%	2 22,20%	0 0,00%	9 100,00%
TS	0 0,00%	0 0,00%	1 33,30%	1 33,30%	1 33,30%	3 100,00%
Total	2 6,70%	9 30,00%	8 26,70%	10 33,30%	1 3,30%	30 100,00%

Acima da diagonal: melhora no pós-diagnóstico

Abaixo da diagonal: piora no pós-diagnóstico

O teste de McNemar resultou com um  $p=0,401$ , indicando que não há alteração significativa no diagnóstico nos dois momentos.

**Tabela 28.** Análise da diferença da Autoestima por paciente, na 1ª. e 2ª. avaliação, conforme Escala de Autoestima de Rosenberg/ UNIFESP – EPM

PACIENTES	ESCORE DA 1a. AVALIAÇÃO.	ESCORE DA 2a. AVALIAÇÃO	DIFERENÇA
1	13	13	0
2	9	10	1
3	5	5	0
4	8	4	-4*
5	4	2	-2
6	16	12	-4*
7	12	10	-2
8	8	10	2
9	20	17	-3
10	5	6	1
11	13	11	-2
12	2	4	2
13	11	7	-4*
14	16	14	-2
15	2	0	-2
16	9	7	-2
17	13	9	-4*
18	12	9	-3
19	11	6	-5*
20	11	8	-3
21	16	12	-4*
22	7	3	-4*
23	14	11	-3
24	17	2	-15*
25	6	6	0
26	21	15	-6*
27	18	16	-2
28	5	3	-2
29	6	5	-1
30	8	6	-2

Após a reconstrução mamária 22 mulheres (73,3%) elevaram seus níveis de autoestima; 5 mulheres (16,7%) apresentaram autoestima menos elevada que antes da reconstrução mamária e 10% (3 mulheres) não tiveram mudanças na sua autoestima.

\*Mulheres que elevaram bastante sua autoestima.

\*\* Escore mais próximo de 0 = autoestima mais elevada, escore mais próximo ao 30, autoestima menos elevada.

## 6 DISCUSSÃO

A etiologia do Câncer de Mama envolve uma interação de diversos fatores de risco, o que compromete um resultado mais fidedigno, pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição. Além dos fatores endógenos da idade, história familiar, reprodutiva e doença benigna prévia, muitos fatores exógenos estão sendo caracterizados como de risco. Dentre estes estão incluídos fatores relacionados à alimentação, exposição à radiação ionizante<sup>88,89,90</sup> e o consumo de álcool de forma moderada.<sup>88</sup> As mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2 são os fatores de risco genéticos mais pesquisados. Segundo Gomes et al. (1995),<sup>91</sup> o Câncer de Mama ocorre mais em mulheres caucasianas e em mulheres de classes sociais mais altas. Alguns fatores são possivelmente de proteção contra o aparecimento de câncer de mama, como alta paridade,<sup>92,93</sup> e lactação.<sup>94,95</sup>

O estudo ideal dos fatores de risco para câncer de mama é difícil, pois estes estão inter-relacionados e o isolamento de um único fator para calcular sua real contribuição pode ser impossível.<sup>91</sup> Para cada estudo mostrando um fator de risco significativo, há outro com resultado diferente, com as pesquisas sobre câncer de mama enfrentamos este problema. Mas neste caso, nenhum fator de risco isolado é tão importante quanto a idade para o desenvolvimento do câncer de mama.<sup>21,88</sup>

Alguns autores referem uma curva de idade com dois picos de incidência um por volta dos 55 anos e outro aos 75 anos de idade. Em um estudo brasileiro, feito em Minas Gerais, Juiz de Fora, com objetivo de avaliar os fatores de risco para câncer de mama, coloca que no que tange à tendência desta curva ser monofásica e uma maior incidência por volta dos 50 anos, estes achados estão de acordo com outra pesquisa desenvolvida por Azzena et al. (1994).<sup>21</sup>

Na pesquisa que realizamos a faixa etária oscilou entre 32 e 76 anos, com uma média de 54 anos. Percebe-se que a maior incidência (66,6%) de mulheres que reconstruíram a mama se mantém na faixa etária entre 40 à 59 anos. E apenas 13,3% das mulheres da amostra, acima de 60 anos, realizaram a cirurgia de reconstrução mamária. Estes dados concordam com os expostos nas pesquisas acima citadas.

Uma meta-análise publicada recentemente concluiu que o fator amamentação é protetor para o desenvolvimento do Câncer de Mama, porém é de pequena magnitude quando comparado aos fatores de risco já estabelecidos.<sup>95</sup> O efeito protetor de um longo período de amamentação parece ser mais forte, ou restrito, às mulheres em pré menopausa.<sup>94</sup> Hardy et al.<sup>96</sup> concluíram que mulheres que não amamentavam possuíam um risco maior para o desenvolvimento de câncer de mama. Das mulheres pesquisadas, 73,3% amamentaram seus filhos e 26,7% não amamentaram, sendo que destas, 20% não amamentaram porque não tiveram filhos (nuliparidade= 20%). Quanto ao número de filhos os resultados são: 8 mulheres tiveram 1 filho (26,7%); 14 tiveram 2 filhos (46,7%); 2 tiveram 3 filhos (6,7%) e 20% não tiveram filhos.

Lambe (1996),<sup>93</sup> após um estudo observou que, com relação à paridade estimou-se uma redução de 10% no risco de desenvolvimento de câncer de mama para cada gestação completa adicional. Decarli e seus colaboradores (1996)<sup>97</sup> analisaram 2.588 casos e concluíram que três ou mais gestações completas é um fator protetor independente para o câncer de mama. Por outro lado o risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos é aproximadamente o dobro do risco das mulheres que tem sua primeira gestação antes dos 20 anos.<sup>88</sup> Segundo Lambe et al. (1996),<sup>93</sup> a cada cinco anos em relação a idade da primeira gravidez, o risco de câncer de mama é aumentado em 13%. Vários estudos concluíram ser a primeira gravidez tardia um fator de risco significativo para câncer de mama.<sup>92,97,98,99</sup> Em estudo realizado por Kalache (1993),<sup>100</sup> nas cidades de Fortaleza e Recife, os pesquisadores observaram um aumento significativo na ocorrência de câncer de mama em mulheres com última gravidez completa tardia. Este mesmo achado foi evidenciado previamente por Kvale<sup>101</sup> em um estudo prospectivo dos fatores de risco reprodutivos no surgimento do câncer de mama.

Segundo Robles (2001)<sup>102</sup> o estrogênio tem um importante papel no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Por isso, qualquer fator que leve a um aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de adoecer por câncer de mama. Mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada, obesidade na pós

menopausa, câncer de ovário, densidade mamária elevada, doença mamária benigna, apresentam aumento no risco de desenvolver câncer de mama.<sup>23,103</sup>

Atividade cíclica ovariana longa, com uma menarca precoce e/ou menopausa tardia, estão associados a um alto risco de desenvolvimento de câncer de mama<sup>21,97</sup> estimaram que há uma redução de 4,7% no risco de desenvolvimento de câncer de mama para cada ano de menarca que se atrasa. Gomes (1995)<sup>104</sup> evidenciaram que ciclos menstruais irregulares são fatores protetores para câncer de mama.

Nesta pesquisa evidenciou-se que apenas 3,3% das mulheres tiveram a menarca iniciando antes dos 10 anos, sendo que 53,3% tiveram a primeira menstruação entre 10 e 13 anos e 43,3% após os 13 anos de idade, o que é um índice bom. A menarca precoce é um dos fatores de risco, mas este dado também apresenta-se de forma pouco significativa neste estudo (3,3%).

Outro fator de risco reconhecido é a história familiar, porém apenas 10% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm uma história familiar positiva. Nesta pesquisa obteve-se uma incidência mais alta, 30% das mulheres tiveram história de câncer de mama na família, índice mais elevado que o encontrado na literatura. E 70% das mulheres não tinham familiares (mãe, irmã, tia) com histórico de câncer de mama. Mutações dos genes BRCA-1 e BRCA-2 são responsáveis por grande número de casos de câncer de mama em familiares.<sup>88,99</sup> História de câncer de mama em parentes de primeiro grau é um fator de risco independente para ocorrência de CM. O risco de câncer de mama é duas vezes maior quando há história familiar para câncer de mama em mãe antes dos 40 anos ou irmã, e continua elevado mesmo em mulheres cujo câncer em mãe foi diagnosticado após os 70 anos de idade.<sup>105</sup> Esta pesquisa não avaliou qual o grau de parentesco do familiar nem a idade em que este desenvolveu o câncer de mama, sendo assim não se tem dados para estabelecer um comparativo com relação a estes fatores.

Observa-se um risco aumentado em mulheres com casos da doença em familiares próximos (mãe, irmã ou filha). Este risco é especialmente elevado quando o familiar tem câncer antes dos 50 anos de idade e em ambas as mamas. Apesar de sua importância, de acordo com a Associação Americana de Câncer, a maioria das mulheres com câncer de mama (aproximadamente 80%) não tem história familiar da doença e somente cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama podem ser atribuídos a mutações genéticas.<sup>106</sup> Muitas vezes as mutações ocorrem nos genes

BRCA1 e BRCA2, implicando um elevado risco de desenvolver a doença, sendo metade dos casos antes dos 50 anos de idade. Entretanto, observa-se que somente uma em cada 1000 mulheres apresenta este padrão de mutação.<sup>23,103</sup>

Com base nas informações disponíveis, fica evidente que os principais fatores de risco para o câncer de mama na mulher (idade, história familiar, história patológica pregressa, história reprodutiva, suscetibilidade genética etc) não são passíveis de intervenção em nível populacional. Entretanto, um pequeno número de fatores de risco poderá ser alvo das estratégias de prevenção primária para o câncer de mama, entre eles: obesidade, tabagismo, ooforectomia e exposição à radiação iônica e aos pesticidas/organoclorados. Cumpre ressaltar que, à exceção da ooforectomia, todos os demais têm mostrado uma associação frágil com o câncer de mama, sendo capazes de explicar um pequeno percentual de casos.

Quanto a prevenção primária, especula-se que alguns fatores poderiam reduzir o risco para câncer de mama, entretanto, devido à inconsistência dos resultados dos diferentes estudos epidemiológicos e à pequena magnitude das medidas de risco encontradas, ainda não podem ser associados, de forma inquestionável, à proteção. Não fumar, beber bebida alcoólica com moderação, manter o peso adequado após a menopausa e evitar a exposição à radiação iônica e aos pesticidas/organoclorados estão entre as poucas medidas práticas de prevenção primária que a mulher pode adotar para reduzir o risco de desenvolver câncer de mama.

Dentre as mulheres que participaram da pesquisa, n=30, 20 não fazem uso de bebidas alcoólicas (66,7%) e 10 fazem uso de forma esporádica (33,3%) e nenhuma delas faz uso de bebida alcoólica de forma frequente ou acima do desejado (0%). Quanto ao uso do tabaco, mais da metade da amostra nunca fumou, 17 mulheres (56,7%), 10 delas (33,3%) fumaram no passado e atualmente não fumam, e 3 mulheres (10%) fazem uso de cigarro.

Quanto a atividade física, foram questionadas se praticavam ou não alguma atividade física e 17 delas afirmavam que se exercitavam fisicamente (56,7%) e 13 não praticavam nenhuma atividade física (43,3%).

Logo, as recomendações para a população em geral são: estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma

alimentação equilibrada, ingerir bebidas alcoólicas com moderação e manter o peso ideal. Acrescente-se a isso cuidados nos ambientes de trabalho, sobretudo no que diz respeito à exposição à radiação iônica e aos pesticidas.

O diagnóstico de câncer de mama traz repercussões psicológicas visíveis na vida da mulher, alterando a relação que a paciente estabelece com seu corpo e sua mente, tornando-a fragilizada e vulnerável a depressão e ansiedade. Como toda doença potencialmente letal, traz a consciência sentimentos de perda, inclusive do próprio domínio sobre a sua vida, fica evidente também o medo da recorrência. Sintomas físicos como: a fadiga, problemas de sono ou dor; alterações na imagem corporal, disfunção sexual, redução da libido, ansiedades relacionadas ao tratamento, relações maritais, sentimentos de vulnerabilidade e elaborações existenciais, incluindo-se aí a questão da morte. Neste sentido, percebe-se que houveram mudanças em relação a sexualidade e a satisfação com o relacionamento conjugal se comparados antes do diagnóstico de câncer de mama e pós diagnóstico. Antes do diagnóstico de CM apenas 16,6% (5 mulheres) entendiam seu relacionamento como "insatisfatório" (somados os item totalmente insatisfatório e insatisfatório). E 40% (12 mulheres) avaliaram seu relacionamento conjugal como "satisfatório" (somados os itens satisfatória e totalmente satisfatória). E quase a metade das mulheres avaliaram como "regular", 43,3% (13 mulheres). Se somarmos os resultados "totalmente satisfatória + satisfatória + regular", teremos um índice elevado de satisfação, 83,3%, 25 mulheres satisfeitas com seus relacionamentos conjugais antes do diagnóstico de câncer de mama, e apenas 16,6% insatisfeitas. Estes resultados mudaram após o recebimento do diagnóstico de CM, Pós diagnóstico, a insatisfação com o relacionamento conjugal passou de 16,6% para 36,7% (somados os resultados de "totalmente insatisfatória" + "insatisfatória") , ou seja, tínhamos 5 mulheres insatisfeitas com a relação conjugal e pós diagnóstico aumentou para 11 o número de mulheres insatisfeitas, Por outro lado diminuiu o número de mulheres que percebiam seus relacionamentos como "regular" e "satisfatório". Se observarmos as mulheres que estavam "satisfeitas" veremos que este número não diminuiu muito (12 – 11), mas a diferença foi perceptível nas mulheres que avaliaram como "regular" (antes do diagnóstico) e passaram a avaliar como "insatisfatória" ou "totalmente insatisfatória". Mas, apesar de ter havido mudanças no grau de satisfação com relação ao relacionamento conjugal, a Tabela

27, através do Teste de McNemar (crosstabulation), nos mostra que a comparação entre o relacionamento conjugal antes e depois do diagnóstico de CM resultou num  $p=0,401$ , indicando que as alterações não são significativas nos dois momentos.

As mulheres também foram questionadas quanto a satisfação em relação a sexualidade, tendo em vista o momento presente. As opções de respostas estavam em grau crescente de satisfação: “Insatisfeita”; “Pouca satisfeita” e “Satisfeita”. Neste item, 8 mulheres (26,7%) se mostraram “insatisfeitas” quanto a sua sexualidade, 10 (33,3%) afirmavam estar “pouco satisfeitas” e 12 delas (40%), diziam estar “satisfeitas” com sua sexualidade. Este dado pode ser comparado a Tabelas 8 que estabelece a satisfação com o relacionamento conjugal. Se somarmos as respostas “insatisfeitas” com “pouco satisfeita” teremos 60% delas não satisfeitas com sua sexualidade.

Quanto a redução ou não da libido após a mastectomia podemos estabelecer comparação com a avaliação da sexualidade e por consequência, com a tabela que estabelece a satisfação das mulheres no relacionamento conjugal. Em relação a libido, 18 mulheres (60%) sentiram uma redução da libido após a mastectomia e 12 (40%) não perceberam uma redução da libido. Estes dados estão de acordo com o exposto na Tabela 18, onde 60% das mulheres (soma das mulheres “pouco satisfeitas” com as “insatisfeitas”) estavam insatisfeitas com sua sexualidade, mesmo valor encontrado para a redução de libido, pode-se pensar neste sentido em traçar um paralelo entre as duas informações. O mesmo acontece para as mulheres satisfeitas com sua sexualidade (40%) e a não percepção de mudanças na libido após a mastectomia.

Estes dados nos mostram o quanto o câncer de mama, e especialmente nos casos de mastectomia radical, a autoimagem fica afetada, causando alterações na sexualidade e até mesmo redução na libido. Conversando com estas mulheres percebe-se isto, uma paciente por exemplo, dizia na entrevista: “Eu me sinto feia, tenho vergonha de tirar a roupa na frente de meu marido” (paciente A). Ou então, falas como a desta mulher: “Quando faço minha higiene ou tomo banho, evito de olhar para meu corpo, não gosto de ver as cicatrizes, elas me fazem lembrar muita coisa ruim” (Paciente B). Ou, “ ...Estou feliz por ter tirado o câncer, agradeço a Deus todos os dias, mas minha sexualidade está muito ruim, meu marido não me toca mais depois da cirurgia...” (Paciente C). Assim como estas falas, ouvi inúmeras

queixas de mulheres mastectomizadas insatisfeitas com seu corpo, com as cicatrizes, com a falta de cabelo, com as dores, com o relacionamento conjugal, enfim, com o momento presente.

Pelas repercussões biopsicossociais que o câncer de mama traz, muitas vezes, permanecer no trabalho se torna difícil, seja pelo tratamento em si, seja pelas dores, linfedemas, depressão, e outros sintomas que estão associados. Respeitando a peculiaridade de cada caso (grau, tipo de tratamento, estrutura de personalidade, etc...), muitas mulheres precisam se afastar de suas atividades profissionais. Avaliamos este aspecto e observamos que nesta amostra, o número de mulheres que precisaram se afastar das atividades profissionais foi semelhante ao número que permaneceu no exercício profissional. As pacientes foram indagadas se haviam realizado algum trabalho remunerado nos últimos 24 meses, 56,7% (17 mulheres) haviam realizado trabalho remunerado e 43,3% (13 mulheres) não haviam realizado trabalho remunerado nos últimos 24 meses.

As mulheres ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama passam por algumas perturbações emocionais, podendo desenvolver quadros de ansiedade e/ou depressão. Algumas delas ao desenvolverem quadros depressivos e por consequência insônia. Foi questionado se elas apresentavam dificuldade ou não em dormir, seis (6) pacientes (20%), apresentavam “muita dificuldade em dormir”, 12 delas (40%) “às vezes tinham dificuldade em dormir” e 12 (40%) “não tinham dificuldade em dormir”. Podemos dizer que 60% da amostra apresentava dificuldade quanto ao sono.

Na Tabela 26 temos os resultados do Teste t de Student para a comparação da diferença entre os escores das duas avaliações de acordo com a presença de histórico de Doença Mental (Psiquiátrica). Quando se fala de doença psiquiátrica, estamos nos referindo a presença anteriormente ao diagnóstico de câncer de mama. Para o diagnóstico de depressão temos 15 pacientes (50% da amostra) que afirmaram não ter tido depressão anteriormente e 15 mulheres apresentaram quadro de depressão antes do diagnóstico de câncer de mama, uma média de -4,27 e -6,67; e desvio-padrão de 6,92 e 8,24 respectivamente, com Valor de  $p=0,395$ , diferença estatisticamente não significativa. Para o BAI e BHS o Valor de  $p$  foi  $p=0,647$  e  $p=0,352$  respectivamente, ambos com diferença estatisticamente não significativa. Estes valores nos mostram que a ter histórico de doença psiquiátrica anterior, para

esta amostra, não é dado significativo para os sintomas apresentados nos momentos das avaliações (aplicação dos inventários e escalas). Para podermos inferir algo sobre esta correlação, são necessárias mais pesquisas, incluindo grupo controle.

Da amostra final, n=30, constatou-se que o nível de depressão e ansiedade diminuiu após a procedimento de reconstrução de mama, assim como a esperança de um vida melhor, podemos traduzir por expectativa de uma vida melhor, avaliada pela escala de Beck (BHS).

Estes dados coincidem com resultados de outras pesquisas realizadas, podemos citar o estudo um estudo realizado na UNIFESP, por Medeiros et al. (2010), com o objetivo de determinar a ocorrência de depressão em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora, com ou sem reconstrução mamária. Foi observado que não houve diferenças significativas entre os 3 grupos estudados quanto a ocorrência de depressão. A amostra constituiu-se de 75 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, sendo que destas, 25 tinham câncer de mama e foram submetidas a cirurgia conservadora com reconstrução imediata; um segundo grupo (n=25) também realizou cirurgia conservadora, mas sem reconstrução mamária. O terceiro grupo (n=25), grupo controle, consistiu de 25 mulheres sem câncer de mama, mas com a mesma idade e distribuição de nível educacional dos outros dois grupos. Segundo estes pesquisadores, a depressão e a ansiedade estão entre os transtornos psicológicos mais prevalentes em pacientes com câncer, sendo variáveis importantes nos estudos que avaliam a qualidade de vida, particularmente em pacientes com câncer de mama. Quanto a qualidade de vida e a autoestima também devem se levadas em conta ao se tomar uma decisão quanto ao tratamento do câncer de mama.

Outro estudo, realizado por Fernández-Delgado J. et al.,<sup>107</sup> do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário La Paz, em Madri, onde foram avaliadas 526 mulheres. Os pesquisadores concluíram que as mulheres que se submetiam a reconstrução imediata estavam mais satisfeitas com os resultados estéticos alcançados e conseqüentemente menos propensas a sentir problemas quanto a sua sexualidade. Este estudo concorda com a premissa de que a reconstrução mamária (imediata à mastectomia, ou depois de alguns meses) ajuda a paciente a recuperar a autoestima, a melhorar a imagem corporal e o equilíbrio psicológico.

Os dados obtidos nesta pesquisa revelam que os níveis de depressão e ansiedade e desesperança diminuíram e a expectativa de uma vida melhor aumentou em relação ao momento anterior a reconstrução mamária. Conforme podemos observar na Tabela 21, os resultados da aplicação do BDI (Inventário de Depressão Beck), 9 mulheres (30%) (amostra = 30) estavam com escores de nível “Moderado” de depressão na primeira avaliação, antes do procedimento de reconstrução mamária, após o procedimento de reconstrução apenas duas (2) mulheres (6,6 %) apresentavam nível “Moderado” de depressão. Na primeira avaliação 8 mulheres (26,6%) apresentavam nível “Leve” e após a reconstrução 5 (16,6%). No escore de nível “Mínimo” encontramos 12 mulheres (40%) na avaliação antes da cirurgia de reconstrução mamária e após este número aumentou para 22 mulheres com nível “Mínimo” de depressão (73,3%), o que nos mostra uma sensível redução nos níveis de depressão após terem feito a reconstrução de mama. Obtivemos uma (1) paciente (3,3%) com nível “Grave” de depressão na primeira avaliação (antes da reconstrução) e este percentual se manteve após a reconstrução mamária.

Ao aplicar o Teste dos Postos com sinal de Wilcoxon para comparação dos resultados da 1ª e 2ª avaliações, Tabela 25, percebemos que 80% (24) da amostra diminuiu os escores no teste BDI; 20% (6) aumentaram os escores, sendo o valor de  $p = 0,000$  (diferença significativa ao nível de 1%).

Quanto aos níveis de ansiedade pré e pós-reconstrução mamária, Tabela 22, podemos dizer que: 9 mulheres apresentaram nível “Mínimo” de ansiedade antes da cirurgia de reconstrução (30%); 11 delas (36,6%) apresentaram nível “Leve”; 7 (23,3%) nível “Moderado” e 3 mulheres apresentaram nível “Grave” de ansiedade, necessitando de suporte psicológico. Se formos somar os níveis “Mínimo e Leve”, teremos um índice de 66,6% das mulheres com níveis de ansiedade que não inspiram preocupação, por outro lado, se formos somar os resultados individuais dos escores “Moderado e Grave” teremos uma incidência de 33,3% da amostra inspirando cuidado e atenção quanto aos sintomas de ansiedade.

Na segunda avaliação (após a reconstrução mamária) tivemos uma redução do nível de ansiedade e obtivemos os seguintes resultados com relação aos escores: 16 mulheres (53,3%) com escores de nível “Mínimo”; 8 (26,6%) com nível “Leve”; 5 (16,6%) com nível “Moderado” de ansiedade e 1 mulher (3,3) com escore

em nível “Grave” de ansiedade. Se agruparmos as mulheres com escores de nível “Mínimo + Leve” teremos 80% das mulheres com níveis aceitáveis de ansiedade em relação a 1ª. avaliação onde obtivemos 66%. Se somarmos os escores de nível “Moderado + Grave” teremos um resultado de 20% (6) da amostra com níveis elevados de ansiedade. Ao aplicar o Teste dos Postos com sinal de Wilcoxon para comparação dos resultados da 1ª e 2ª avaliações (Tabela 25) percebemos que 83,3% da amostra diminuiu os escores no teste BAI; 13,3% (4) aumentaram os escores, ou seja, aumentaram seus níveis de ansiedade e 3,3% (1) permaneceu com o mesmo escore nas duas avaliações, sendo o valor de  $p = 0,001$  (diferença significativa ao nível de 1%).

Os escores do BHS (Inventário de Desesperança de Beck), conforme Tabela 23, na primeira avaliação foram: 20 mulheres (66,6%) apresentaram escores de nível “Mínimo”; 5 (16,6%) escores de nível “Leve”; 3 (10%) escores de nível “Moderado” e 2 mulheres (6,6%) apresentaram escores de nível “Grave”. Na segunda aplicação dos inventários, houve uma diminuição dos escores, exceto no nível “Grave” que se manteve com 6,6% das mulheres neste nível; 24 mulheres (80%) apresentaram níveis “Mínimo” de Desesperança; 3 (10%) com escores em níveis “Leve” e 1 (3,3%) em nível “Moderado” de Desesperança. No Teste dos Postos com sinal de Wilcoxon para comparação dos resultados da 1ª e 2ª avaliações (Tabela 25), percebemos que 63,3% da amostra diminuiu os escores no teste BHS; 20% aumentaram os escores, ou seja, aumentaram seus níveis de desesperança e 16,7% da amostra permaneceu com o mesmo escore nas duas avaliações, sendo o valor de  $p = 0,023$  (diferença significativa ao nível de 5%).

Na Tabela 28, podemos ver a análise das diferenças entre os escores de autoestima antes e após a cirurgia de reconstrução mamária. O instrumento aplicado para medir a autoestima foi a Escala de Autoestima de Rosenberg/ UNIFESP – EPM. Após a reconstrução mamária 22 mulheres (73,3%) elevaram seus níveis de autoestima; 5 mulheres (16,7%) estavam com sua autoestima menos elevada que antes da reconstrução mamária e 10% (3 mulheres) não tiveram mudanças na sua autoestima. O fato de terem elevado os escores de autoestima não significa que sua autoestima encontra-se em níveis elevados, com os dados acima, apenas quis observar que houveram melhoras nos níveis. Estes resultados estão de acordo com outras pesquisas feitas acerca do assunto.

Já na Tabela 24, pelo teste t de Student, para amostras pareadas para comparação das médias dos escores nas duas avaliações, podemos dizer que quanto a autoestima observou-se uma média = 10,60 e um DP=5,18 na primeira avaliação e uma média =8,20 e um DP=4,35 na segunda avaliação, logo, o valor de p= 0,000 mostrando uma diferença significativa entre as médias ao nível de 1%. Então, podemos dizer que tivemos uma melhora significativa na autoestima das mulheres após a reconstrução mamária.

O câncer de mama e seu tratamento representam um trauma psicológico na vida das pacientes. A mama é entendida simbolicamente como representação da feminilidade e a mastectomia vem descaracterizar esta imagem, prejudicando a sexualidade e a sensualidade. A alteração na autoimagem da mulher gera sentimentos de inferioridade, impotência, medo de rejeição e vergonha. Muitas mulheres, após a mastectomia sentem-se envergonhadas em função da aparência, seja pela falta do seio ou pelas cicatrizes que ficam bem evidentes, lembrando a todo momento que foram mutiladas, isto repercute na autoestima. Esta autoimagem negativa, acaba afastando-as de seus parceiros, repercutindo na vida sexual, pois evitam contatos mais íntimos por se sentirem mutiladas, feias e repulsivas. Muitas delas evitam até olhar-se no espelho, ao fazer a higiene pessoal não olham para o(s) seio(s) mastectomizados, num processo de negação ao acontecido. Lembrar da “falta” remete a dor, sentimentos de perda e rejeição. As mamas são partes do corpo feminino e por influência cultural são altamente valorizadas, sua falta gera uma diminuição na autoestima.

Além das repercussões que a cirurgia causa, temos também os efeitos que os outros tratamentos causam. Os efeitos colaterais da radioterapia e da quimioterapia, como a fadiga, limitação do cumprimento de atividades anteriores, linfedema, mal-estar, manchas na pele, também afetam a autoestima da mulher. A alopecia, resultante da quimioterapia, também contribui nas mudanças da autoimagem e autoestima, pois vem denunciar a presença do câncer, trazendo constrangimentos e o afastamento do convívio social.

A reconstrução da mama devolve à mulher, parcialmente, um sentimento de completude, integridade do corpo, melhorando sua autoimagem, fazendo com que se sinta bonita novamente e por consequência, elevando o nível de sua autoestima.

## 7 CONCLUSÃO

O Câncer de Mama (CM) vem se constituindo em um problema de saúde pública e merece atenção dos órgãos públicos pela alta incidência. Representa uma das maiores causas de morte entre as mulheres. No Brasil e no mundo, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente na população e o mais comum entre as mulheres. Este dado impulsiona a nos debruçarmos sobre o tema e desenvolvermos mais pesquisa para ampliar os conhecimentos e melhorar os tratamentos e a qualidade de vida destes pacientes.

A etiologia do Câncer de Mama é multifatorial, envolvendo uma interação de diversos fatores de risco, o que compromete um resultado mais fidedigno, pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição. Além dos fatores endógenos como: envelhecimento, as mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2, o histórico familiar de CM, histórico de doença reprodutiva prévia, menarca precoce e menopausa tardia, temos também os fatores exógenos, que são caracterizados como de risco, dentre estes estão incluídos: o processo de urbanização da sociedade, fatores relacionados à alimentação, exposição à radiação ionizante, consumo de álcool acima do desejado, nuliparidade e obesidade. Os fatores endógenos em sua maioria não são passíveis de intervenção em nível populacional. Entretanto, alguns fatores de risco podem ser alvo das estratégias de prevenção primária para o câncer de mama, entre eles: obesidade, tabagismo, ooforectomia e exposição à radiação iônica e aos pesticidas/organoclorados, apesar da frágil associação com o câncer de mama, são capazes de explicar um pequeno percentual de casos.

Logo, recomenda-se para a população em geral: desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma dieta equilibrada, ingerir bebidas alcoólicas com moderação e manter o peso ideal, cuidados nos ambientes de trabalho, sobretudo no que diz respeito à exposição à radiação iônica e aos pesticidas.

O Câncer de Mama traz repercussões psicológicas para a paciente e sua família, sendo a depressão e a ansiedade os transtornos mais prevalentes.

De acordo com os resultados dos inventários e escalas aplicadas observa-se uma diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade após a reconstrução de mama. Os escores de Desesperança também diminuíram evidenciando uma melhora no bem estar da paciente, de suas expectativas de uma vida melhor, da capacidade de criar metas e planejar o futuro. A autoestima, de uma forma geral, ficou mais elevada na maioria das mulheres após a reconstrução de mamária.

Quanto a Qualidade de Vida (QV) a mastectomia apresenta relação negativa, bem como a quimioterapia e a radioterapia. O impacto psicossocial do câncer de mama tornou-se um tema central nas pesquisas, antes negligenciado. Neste sentido, a cirurgia de reconstrução mamária tem um impacto positivo na qualidade de vida e autoestima das pacientes.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pela alta incidência do Câncer de Mama, no Brasil e no mundo, se faz necessário mais investimentos em pesquisa para oferecermos uma melhor qualidade de vida e um suporte mais eficaz quanto aos tratamentos e reabilitação da paciente a sociedade.

A atuação da equipe multidisciplinar deve vir de encontro as necessidades da paciente, possibilitando uma assistência integral. O papel do psicólogo dentro desta equipe passa a ser o de manter o bem-estar da paciente, reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos; ajudar a compreender a experiência do adoecer, possibilitando assim re-significações deste processo; trabalhar com o luto e as perdas (mastectomia). Porém o trabalho do psicólogo oncológico não se restringe a paciente, ele deve se estender à família da paciente como forma de dar continuidade ao processo terapêutico. A realização de pesquisas nesta área reflete a preocupação da Psicologia em proporcionar bem-estar e a qualidade de vida à pacientes com câncer. Neste sentido, deve-se procurar estabelecer diretrizes para o fortalecimento da Psicologia Oncológica dentro dos hospitais.

Finalizando, esta pesquisa não tem, de modo algum, a pretensão de esgotar o assunto, mas suscitar mais pesquisas acerca das repercussões psicológicas do Câncer de Mama, principalmente quanto a importância da reconstrução mamária, uma vez que encontramos pouca literatura sobre o assunto. Muitos aspectos precisam ser esgotados, investigados, para que possamos oferecer uma melhora na qualidade de vida destas pacientes e conseqüentemente de suas famílias.

## 9 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2000. Falando sobre doença de mama: Pro Onco. Rio de Janeiro: Coordenação de Programa de Controle do Câncer.
2. Aran MR, et al . Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. J. Bras de Psiquiatria, 1996; 45 (11): 533-9.
3. Segal SM. Serviço de Reabilitação para mulheres mastectomizadas – Bases .
4. Hewitt M. et al. Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer. Washington DC: The National Academies Press, 2004.
5. Massie M, Shakin, E. Management of Depression and Anxiety in Cancer Patients. In Breitbart W, Holland JC (Eds), Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
6. Veacht ND, Barton M. Cancer and the Family Life Cycle: A Practitioner's Guide. New York: Brunner-Routledge 2002.
7. Parkes CM. Luto: estudo sobre a vida adulta. Trad. Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summer; 1998.
8. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicol. Estudo. 2008; 13 (2).
9. Silva RCF, Hortale V. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad de Saúde Pública 2006; 22(10):2055-2006.
10. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudos em Psicologia. 2003; 8 (1):155-163.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2012. Tipos de Câncer: câncer de mama. Recuperado em 02 de abril de 2012 , de [http://www.inca.gov.br/wps/wcm/tipos de câncer/site/home/mama/câncer\\_mama](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/tipos_de_cancer/site/home/mama/cancer_mama).
12. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil . Rev Bras Cancerol 2002; 48(2): 175-79.
13. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2000. Falando sobre doença de mama: Pro Onco. Rio de Janeiro: Coordenação de Programa de Controle do Câncer.

14. White CA. Body Images in Oncology. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York/London: The Guilford Press; 2002, 379-386.
15. Moreira SSH, Canavarro MC. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro de mama: do diagnóstico a sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doença* 2008; 9 (1): 165-184.
16. Lerner R L, Dowling E, Roth SL. Contributions of Lifespan Psychology to the future elaboration of developmental systems theory. In: Staudinger UM,,Linderberger U (Eds.). *Understanding human development. Dialogues with Lifespan Psychology*. Boston: Kluwer. 2003; 413-422.
17. Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in HumanDevelopment*, 1(3), 123-144.
18. Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *DevelopmentalPsychology*, 23, 611-696.
19. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. EnglewoodCliffs, N. J.: Prentice Hall
20. Neri Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas psicol.* [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2012 Out 02] ; 14(1): 17-34. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt).
21. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes& M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives frombehavioralsciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
22. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2010. Registro de Base Populacional: câncer de mama. Recuperado em 10 de março de 2012, de [http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa\\_neoplasias\\_/Parte\\_455\\_registro\\_de\\_base\\_populacional\\_completo.pdf](http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa_neoplasias_/Parte_455_registro_de_base_populacional_completo.pdf).
23. Thuler LCS. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*, 2003; 49(4): 227-238.
24. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP, et al . Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14 (3):477-484.
25. Barros DO, Lopes RLM. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev. bras. Enferm.* 2007; 60(3): 295-298.

26. Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol Ciênc. Prof.* 2003; 23 (4):32-41.
27. Covich JL. The relationship between breast reconstruction and psychological adjustment when a mastectomy is necessary. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering 2000; 60 (12-9) 6356.
28. Marcolino JAM, et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007; 57 (1): 52-62 .
29. Cantinelli FS. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiquiatria Clínica.* 2006:33 (3).
30. Rezende VL, Derchain SFM, Botega NJ, Sarian LD, Vial DL, Morais SS. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; .27(12):737-743 .
31. Armes PJ, Addington-Hall JM. Perspectives on symptom control in patients receiving community palliative care. *Palliat Med.* 2003;17(7):608-15.
32. Hodgson C, Higginson I, McDonnell M, Butters E. Family anxiety in advanced cancer: a multicentre prospective study in Ireland. *Br J Cancer.* 1997; 76(9):1211-4.
33. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given B. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression: a longitudinal view. *SocSci Med.* 1995;40(6):837-46.
34. Bardwell WA. et al. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology.* 2004;13;:595-604.
35. Carver CS. Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer.* 2005; 104 (11 supplement): 2602-2607.
36. Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: a comparison of 5-years disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology.* 2005;14 (4):307-317.
37. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing.* 2007;23 (1): 71-83.
38. Massie M, Popkin M. Depressive Disorders. In J. Holland (Ed), *Psycho-Oncology.* New York: Oxford University Press,.1998; 518-540.

39. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. *BMJ*. 2005; 702- 705.
40. Medeiros MCL, et al. Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics*. 2010; 65(12):1291-1294.
41. Rosenberg M. *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
42. Wanderley KS. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: Carvalho MML. *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy; 1994, 95-101.
43. Heckert U. Reações Psíquicas à mastectomia, 1995; 21(1) : 97-102.
44. Regis MF, Simões MFS. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *RevEletrenferm* 2005; 7(1): 81-6.
45. Pruzinski T, Cash TF. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, London: The Guilford Press. 2002; 3-12.
46. Schilder PA. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
47. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
48. Arendt VC, et al. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 2008; 134(12): 1311-1318.
49. Santos BD, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2511-2522.
50. Maclean TR. Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. *Nursing Inquiry* 2005; 12:200-209.
51. Hill O, White K. Exploring Women's Experiences of TRAM Flap Breast Reconstruction After Mastectomy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2008; 35(1): 81-88.
52. Vilhauer RP. A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliative & Supportive Care*. 2008; 6(03):249-258.

53. Frith H, Harcourt D. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11(5):385-391.
54. Sannit JS. Breast reconstruction: a patient's story. *The Breast Cancer in Young Women* 2006; 15(2): 31-33.
55. Front GJ. Body image, sexual functioning and mood disturbance among three early breast cancer treatment groups. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences & Engineering* 1999; 60(5-B): 2338 (University Microfilms International).
56. Jesus LLC. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2003;11: 208-211;
57. Browall M, Gaston-Johansson F, Danielson E. Postmenopausal Women With Breast Cancer: Their Experiences of the Chemotherapy Treatment Period. *Cancer Nursing* 2006; 29(1):34-42.
58. Cousson GF, Bruchon MS, Dilhuydy JM, Jutand M. Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics*. 2007; 48 (3) :211-216.
59. Garrusi B, Faezze H. How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image? *SexualityandDisability*. 2008; 26(3):159-165.
60. Sheppard LA, Ely S. Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal, Australia*. 2008; 14(2):176-181.
61. Speer JJ, et al.. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *Breast Journal* 2005; 11(6):440-447.
62. Matthews BA, Baker F, Hann DM, Denniston M, Smith TG. Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psychooncology*. 2002;11(3):199-211.
63. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J ClinOncol*. 1998;16(2):501-14.
64. Huguet, PR, et al . Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2009; 31( 2): 61-67.
65. Canavarro M C, Serra A V, Pereira M, Simões M R, Quintais L, Quartilho M, et al. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Portugêses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27(1): 15-23.

66. Fleck M. O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27(1): 5-13.
67. Lotti RCB, et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Rev Brasileira de Cancerologia*. 2008; 54(4): 367 – 371.
68. Bech P. Quality of life measurements for patients taking which drugs? The clinical PCASEE perspective. *Pharmacoeconomics*. 1995;7(2):141-51.
69. Conde DM. et al . Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2006; Rio de Janeiro, 28 (3) : 195-204.
70. Gimenes MGG. A Influência de Fatores Psicossociais na Sobrevida do Câncer de Mama. Projeto apresentado e aprovado pelo CNPq, processo 405502/88, 1988.
71. Gimenes MGG. Definição, foco de estudo e Intervenção. In: Carvalho MMM. (org). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Edital Psy, 1994; 35-56.
72. Gimenes MGG, Queiroz E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG (Org). *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy, 1997; 173 – 195.
73. Spagnola S, Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Hooker C, Cohen G, Baker F. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC). *Breast J*. 2003; 9(6):463-71.
74. Veiga DF, et al. Quality-of-life and Self-Esteem Outcomes after Oncoplastic Breast-Conserving Sugery. *Rev. PlastReconstr Surg*. 2010; 125(3):811-817.
75. Holland JC. Historical overview. In Holland JC, Rowland J (Orgs.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* 1990; 3-12.
76. Peres RS, Santos MA. Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2009; 25(4): 611-620 .
77. Bergamasco R, Ângelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Bras de Cancerologia*, 2001; 47(3): 227-82.
78. Muylaert MA. *Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo: Escuta; 1995; p 111.
79. Oliveira EA, et al. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicol. estud*. 2010; 15(2) .

80. Santos C, Sebastiani R. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. São Paulo: Pioneira; 1996. 147-76.
81. Sales C, Paiva I, Scandiuzzi D, Anjos AC. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev Bras Cancerologia*. 2001; 47(3): 263-72.
82. Martins L.A. A interconsulta como instrumento da psiquiatria de hospitalização. Saúde mental no hospital geral. *Cad IPUB*. 1997; 6: 33-44.
83. Leal V. Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. *Revista Bras Cancerol*. 1993; 39 (2): 53 – 9.
84. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2001; 47(.2):92-92.
85. Diniz RW, et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2006; 52(5): 298-303.
86. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.
87. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
88. Mcpherson K, Steel CM, Dixon JM. Breast cancer: epidemiology, risk factors and genetics. *BMJ* 2000; 321: 624-28.
89. Hegg R. Cancer de mama. *RBM* 2000; 57(5): 463-74.
90. Brady-West DC, Graham SA. Prevalence of risk factors en breast cancer patients at the university hospital of the West Indies. *West Indian J* 2000; 49(2): 161-3.
91. Gomes ALRR, Guimarães MDC, Gomes CC, Carnargos AF. Risk factors for breast câncer in Brazil [letter]. *Int J Epidemiol* 1996; 25(2) : 456-7.
92. Robertson C, Primic-Zakelj, Boyle P, Hsieh CC. Effect of parity and age at delivery on breast cancer risk Slovenian women aged 25-54 years. *Int J Cancer* 1997; 73(1): 1-9.
93. Lambe M, Hsieh CC, Chan HW, Ekblom A, Trichopoulos D, Adami HO. Parity, age at first and last brith, and risk of breast cancer: a population – based study in Sweden. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 38(3): 305-11.
94. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: review of the epidemiologic literature. *J Nalt Cancer Inst*. 2000; 92(4): 302-12.

95. Bernier M O, Plu-Bureau G, Bossard N, Ayzac L, Thalabard JC. Breastfeeding and risk of breast cancer: metaanalysis of published studies. *Hum Reprod. Update* 2000; 6(4) : 374-86.
96. Hardy EE, Pinotti JA, Osis MJ, Fagundes A. Reproductive variables and risk of breast cancer: case control study carried out in Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1993; 115(2): 93-102;
97. Decarli A, La Vecchia C, Negri E, Franceschi S. Age at any birth and breast cancer in Italy. *Int J Cancer* 1996; 67(2): 187-9.
98. Ramon JM, Escriba JM, Casas I, Benet J, Iglesias C, Gavalda L, et al. Age at first full-term pregnancy, lactation and parity and risk of breast cancer: case-control study in Spain. *Eur J Epidemiol* 1996, 12(5): 449-53.
99. Paiva CE et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. *Ver Bras de Cancerologia*, 2002; 48(2): 231-37.
100. Kalache A, Manguire A, Thompson SG. Age at last full-term pregnancy and risk of breast cancer. *Lancet* 1993; 341 (8836): 33-6.
101. Kvale G, Heuch I. A prospective study of reproductive risk factors and breast cancer. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 842-50.
102. Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. PAHO/WHO; 2001.
103. Fletcher SW. Risk factor for breast cancer. Up to date 2002 Available from: URL: <http://www.uptodate.com>
104. Gomes AL, Guimarães MD, Gomes CC, Chaves IG, Gobbi H, Carnargos AF. A case control study of risk factors for breast câncer in Brazil, 1978=1987. *Inst J. Epidemiol* 1995; 24(2) : 292-9
105. Colditz GA, Willet WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, et al. Family history, age, and risk of the breast cancer. *JAMA* 1993; 270(3): 338-43.
106. Metster K, Morgan J. Risk factors for breast cancer: a report by the American Council on Science and Health. 2000.
107. Fernández-Delgado J, et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology.* 2008;19 (8):1430-1434.
108. Alves R. A morte como conselheira. Em R. M. S. Carsola (Org.), *Da morte: estudos brasileiros.* Papyrus, 1991; 65-76.
109. Andrade, CD. *A falta que ama.* Ed. Record, 2002.

110. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23(15): 3322-30.
  111. Azevedo RF. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. *Revista de Enfermagem UERJ*, 2005; 13:188-193.
  112. Azzena A, Zen T, Ferrara A, Brunetti V, Vasile C, Marchetti M. Risk factors for breast cancer: case-control study results. *Eur J Gynaecol Oncol* 1994; 15(5) : 386-92
  113. Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
  114. Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
  115. Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. [on-line]. In: Projeto Diretrizes. Brasília(DF): Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2001; [citado 06 jun 2007] Disponível em: [http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/024.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf) [ Links ]
  116. Dini GM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; 2000.
  117. Harcourt D, et al. Patient satisfaction in relation to nipple reconstruction: The importance of information provision. *Journal of Plastic Reconst. e Aesthetic Surgery*. 2011; 64, 494-499.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- *IBGE – Censo 2010*.  
*Disponível em:* <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/senso2010/calendario.shtm>
118. Keiichiro A, et al. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese Breast Cancer patients who underwent various types of surgery: Body Image and Sexuality. *JpnJ.ClinOncol*. 2007; 37(6):412-418.
  119. Kovács MJ, et al. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
  120. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
  121. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2008. Estimativa de câncer: incidência de câncer no Brasil. [documento da

internet]. Disponível em

[HTTP://WWW.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteúdoview.asp&ID=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteúdoview.asp&ID=5)

122. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2010. Registro de Base Populacional: câncer de mama. Recuperado em 10 de março de 2012, de [http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/Comentários/Parte464\\_registro\\_de\\_base\\_populacional\\_completo.pdf](http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/Comentários/Parte464_registro_de_base_populacional_completo.pdf).
123. Okamura M. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and to quality of life. *Jpn J ClinOncol.* 2005; 35: 302-309.
124. Parker P, et al. Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology.* 2007; 14(11):3078-3089.
125. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Biblioteca Central Ir. José Otão. Modelo para apresentação de trabalhos acadêmicos, teses e dissertações elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão. Porto Alegre: 2011. Disponível em: <[www.pucrs.br/biblioteca/trabalhosacademicos](http://www.pucrs.br/biblioteca/trabalhosacademicos)>. Acesso em: 30 mar. 2011.
126. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama em mulheres brasileiras. *Rev. Bras GinecObstetrícia.* 2005; 2(11): 656-660.
127. Venâncio JL. Importância do Psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras Cancerologia.* 2004; 50(1):55-63.
128. Zecchin RN. A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

# APÊNDICE

APENDICE A -RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA  
Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-914/11

Porto Alegre, 27 de maio de 2011.

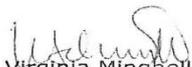
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05438 intitulado **"Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dra. Virginia Minghelli Schmitt  
Coordenadora Substituta do CEP-PUCRS

Prof.ª Dr. Virginia Minghelli Schmitt  
Coordenadora Substituta  
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS  
CEP - PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Antonio Frasson  
HSL  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

Cadastro do Projeto CEP/PUCRS  
11/05438

Título:  
"Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária "

Pesquisador Responsável:  
Antonio Frasson (orientador), Gabriela Hoff (colaboradora),  
Monica Adriana Rodriguez Martinez (doutoranda), Márcia Illana Kopschina  
(doutoranda), Viviane Isabel Matzenbacher (mestranda), Claudia Adriana  
Facco Lufiego (mestranda)

Adequados. Aspectos Científicos e Metodológicos

Adequados. Aspectos Éticos

Recomendação  
Aprovar

Considerações Gerais  
Após a correção realizada pelos autores o projeto pode ser aprovado.

Data do Parecer 27/05/2011

APENDICE B - APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PELA COMISSÃO  
CIENTÍFICA DO IGG – PUCRS.



PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 06 de setembro de 2011.

Senhor (a) Pesquisador (a) Claudia Lufiego

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama com enxerto de gordura"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

**Prof. Carla Helena Schwanke**

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)

APENDICE C -EMENDA ENCAMINHADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS, referente ao protocolo intitulado “Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária”, com alterações no projeto: “Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução de mama”.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS:

Prezados Senhores,

Venho informar algumas alterações no projeto intitulado: “Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução de mama”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o Protocolo no. 11/05438. Este projeto faz parte de um projeto global intitulado: “Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária”, tendo como orientador o Prof. Dr. Antônio Luiz Frasson.

As alterações são as seguintes:

1 - Conforme projeto aprovado, seriam realizadas 3 avaliações psicológicas em cada paciente:

1ª. Avaliação – um (1) mês antes da cirurgia de reconstrução de mama;

2ª. Avaliação – um mês após a cirurgia de reconstrução de mama;

3ª. Avaliação – 6 meses após a cirurgia de reconstrução de mama.

Será realizado 2 avaliações psicológicas no total:

1ª. avaliação: um (1) mês antes da cirurgia de reconstrução mamária;

2ª. avaliação: após dois (2) meses da cirurgia de reconstrução mamária.

Esta alteração se faz necessária pelo número de pacientes disponíveis para satisfazer os critérios de inclusão. Não será possível fazer todas as avaliações como desejado inicialmente e encaminhado a este Comitê de Ética.

2 – Outra alteração que se faz necessária, diz respeito ao acompanhamento psicológico que foi proposto inicialmente. No projeto aprovado por este Comitê o N era composto de: GRUPO 1 e GRUPO 2 (Grupo Controle).

Sendo que: GRUPO 1 n =23; GRUPO 2 n = 23

Os dois grupos seriam avaliados pelos mesmos testes psicológicos (mesma metodologia de aplicação), porém o Grupo 2 receberia acompanhamento psicológico, com o objetivo de verificar se o acompanhamento psicológico influenciaria na melhor recuperação e qualidade de vida da paciente.

O atendimento psicológico não está acontecendo devido a dificuldade das pacientes virem até o Hospital.

3 – Inicialmente foi proposto a avaliação psicológica através das Escalas de Beck (BDI, BAI e BHS). Foi acrescentado mais um instrumento de Avaliação Psicológica: Escala de Autoestima de Rosenberg e uma Ficha de dados Sócio-Demográficos e Clínicos.

Segue anexo a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Ficha de dados Sócio-Demográficos e Clínicos.

Sendo estas as alterações que tenho a informar, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Cordialmente,

Porto Alegre, 18 de maio de 2012

Claudia Adriana FaccoLufiego  
Psicóloga – CRP:07/6637  
Mestranda em Gerontologia Biomédica – PUCRS

Dr. Antônio Luiz Frasson  
Mastologista – CREMERS 012620  
Prof. Orientador do IGG

APENDICE D - APROVAÇÃO DE EMENDA ENCAMINHADA PARA O COMITÊ DE  
ÉTICA EM Pesquisa – CEP – PUCRS, conforme OF.CEP. 746/12



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP- 746/12

Porto Alegre, 26 de julho de 2012.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS avaliou e aprovou sua Emenda encaminhada em 18 de maio de 2012 com as modificações propostas, referente ao seu protocolo de pesquisa intitulado **"Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária"**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Antonio Frasson  
HSL  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

APÊNDICE E -ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CO-ORIENTAÇÃO DA  
PROF<sup>a</sup>DR<sup>a</sup> IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON junto ao projeto: "Avaliação  
psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a  
procedimento reconstrutivo de mama.

Ao :

Comitê Científico

Venho por meio desta solicitar a co-orientação da Prof. Dra. Irani Argimon junto ao projeto: "Avaliação Psicológica pré e pós cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a reconstrução de mama", do qual sou orientador.

O presente projeto já está aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS, sob o protocolo de no. 11/05438, intitulado "Acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia mamária" (projeto global).

A solicitação de co-orientação se justifica no sentido de a orientanda receber orientações e informações de um profissional da mesma área que a sua, Psicologia. Acreditamos que a co-orientação enriquecerá o trabalho de pesquisa.

Certo de sua atenção, agradeço.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012

Prof. Dr. Antônio Luiz Frasson

## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA-

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA MAMÁRIA, tendo como objetivo acompanhar as pacientes submetidas a cirurgia reconstrutiva de mama, avaliando os sentimentos despertados pré e pós cirurgia, analisando como a auto-imagem reflete na atuação destas pacientes no âmbito familiar, social e profissional.

Assim sendo, se você autorizar sua participação nesse trabalho de pesquisa, informações como: histórico familiar, vida pregressa e todas as informações médicas e psicológicas referentes ao seu caso clínico serão armazenadas em um banco de dados para posterior avaliação dos aspectos psicológicos despertados na população feminina que apresenta câncer de mama. Além disso, serão armazenadas as informações referentes a suas avaliações pós-cirúrgicas. Cabe ressaltar que nome e dados de pessoais não serão divulgados nesse processo. A divulgação dos dados estatísticos e resultados deste trabalho serão utilizados para futuras discussões sobre estratégias de saúde pública com base na caracterização dos casos regionais.

Pretendemos avaliar o seu nível de ansiedade, depressão, desesperança (expectativas frente a vida), e auto estima através da aplicação dos seguintes instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (BHS) e Escala de Auto Estima de Rosenberg. Além destes testes, será solicitado que você preencha uma Ficha de dados Sócio-Demográficos e Clínicos. A aplicação destes questionários não ultrapassará 40min.

Estes inventários serão aplicados aproximadamente um (1) mês antes da cirurgia de reconstrução e reaplicados aproximadamente dois (2) meses após a cirurgia reconstrutiva da mama. Estas entrevistas tem por objetivo o entendimento e avaliação dos aspectos psicológicos e da estrutura de ego das pacientes frente ao momento cirúrgico de reconstrução mamária e todos os meandres que envolvem tal situação.

Caso a psicóloga responsável pela pesquisa constatar que a(s) paciente(s) necessita de atendimento psicológico, a mesma encaminhará ao Setor de Atendimento Psicológico do Hospital da PUCRS ou orientará a paciente a buscar outro serviço que ofereça atendimento psicológico na sua região ou cidade de origem.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, nem alterará seu atendimento ou tratamento médico. Nenhum dos procedimentos oferece risco adicional à sua saúde ou vida, talvez apenas a lembrança de alguns eventos relacionados com o diagnóstico e seguimento do seu caso de câncer de mama.

Em relação aos benefícios desse estudo, você estará contribuindo para que se tenha maior conhecimento do estado psicológico e nível de stress e depressão de pacientes que passam por este tipo de procedimento. Com estas informações é possível melhorar consideravelmente o atendimento e qualidade de vida destas pacientes em futuros procedimentos e trabalhar as questões psicológicas concomitantemente com os tratamentos médicos.

Gostaríamos de deixar claro que a senhora tem total liberdade para manifestar sua vontade de não participar deste trabalho. Além disso, pode desistir de participar do mesmo em qualquer momento (atual ou futuro) e interromper sua participação ou negar-se a responder as questões de seguimento. Todas as informações são confidenciais e serão utilizadas somente para estudos epistemológicos.

Você pode fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa e seus objetivos antes de decidir em participar.

Eu, \_\_\_\_\_  
fui informada dos objetivos da pesquisa acima citada de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do procedimento da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar minha decisão de participar da pesquisa.

A psicóloga Claudia Adriana Facco Lufiego certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo posso entrar em contato com a psicóloga responsável pela pesquisa, Cláudia Adriana Facco Lufiego (51) 3527-2951, para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, posso chamar o pesquisador responsável pelo projeto, Dr. Antonio Luiz Frasson no telefone (51) 3338 2709, ou entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320 3345.

Declaro que recebi cópia do presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável

\_\_\_\_\_  
Nome do Paciente/Responsável

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Antônio Luiz Frasson

\_\_\_\_\_  
Cláudia Adriana Facco Lufiego

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_  
(nome do paciente) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data) pelo \_\_\_\_\_  
(nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_

Nome da Testemunha \_\_\_\_\_



Após a cirurgia de reconstrução da mama, pretendes trabalhar novamente? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim  
Qual é a tua ocupação atualmente?

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ( 1 ) trabalha em tempo integral  | ( 7 ) Aposentada      |
| ( 2 ) trabalha em tempo parcial   | ( 8 ) Pensionista     |
| ( 3 ) trabalha como autônoma      | ( 9 ) Nunca trabalhou |
| ( 4 ) trabalha informalmente      | (10) Dona de casa     |
| ( 5 ) Realiza trabalho voluntário | ( 11 ) Desempregada   |
| ( 6 ) Em benefício                | ( 12 ) Outro _____    |

De qual fonte provém tua renda: ( 1 ) Pensão ( 2 ) Salário ( 3 ) Ajuda de terceiros  
( 4 ) Aposentadoria

Tens religião? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

No último mês, com que frequência tu fostes a alguma atividade religiosa (missa, culto ou sessão da tua religião)? ( 0 ) Nunca vou ( 1 ) fui uma vez ( 2 ) fui de 2 a 5 vezes  
( 3 ) fui de 6 a 10 vezes ( 4 ) fui de 11 a 20 vezes ( 5 ) fui de 20 a 30 vezes

Nos últimos 12 meses, tu realizastes as atividades de lazer abaixo:

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| Leu livros, revistas e/ou jornais                   | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Escutou música                                      | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Foi ao cinema                                       | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Foi a festas ou bailes                              | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Assistiu TV   | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Viajou  | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Jogou jogos de tabuleiro e/ou eletrônico            | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |
| Fez uso do computador para se divertir ou conversar | ( 0 ) Não | ( 1 ) Sim |

Gosta de fazer algum esporte, dança ou exercício físico? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim

Já tivestes alguma doença mental ao longo da vida? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Já fizestes algum tratamento psicológico ou psiquiátrico ao longo da tua vida?  
( 0 ) Não ( 1 ) Sim, mas atualmente não faço ( 2 ) Sim e faço atualmente

Já fostes internado em hospital psiquiátrico? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_vezes.

Como percebe a tua saúde no último mês? ( 0 ) Péssima ( 1 ) Ruim ( 2 ) Regular  
( 3 ) Boa ( 4 ) Ótima

Como considera que está o seu sono: ( 0 ) tenho muita dificuldade em dormir  
( 1 ) às vezes tenho dificuldade em dormir ( 2 ) não tenho dificuldade em dormir

Faz uso de bebida alcoólica? ( 0 ) Nunca ( 1 ) às vezes  
( 2 ) com frequência acima do desejado

Você faz uso de cigarro? ( 0 ) Não, nunca fumei  
( 1 ) Não, fumei no passado mas atualmente não fumo ( 2 ) sim

Quanto a sexualidade você está : ( 0 ) Insatisfeita ( 1 ) Pouco satisfeita ( 2 ) Satisfeita

Depois da mastectomia, você sentiu uma redução da libido? ( 0 ) Sim ( 1 ) Não

Sente-se compreendida e apoiada pela sua família? ( 0 ) Não ( 1 ) sim

Após o diagnóstico de câncer:

( 0 ) sua família se afastou, não lhe dando apoio necessário nos momentos difíceis da doença.

( 1 ) sua família lhe ofereceu apoio e compreensão e estão sempre ao seu lado para ajudá-la a enfrentar as situações inerentes ao tratamento.

Como considera que está sua autoestima: ( 0 ) Ruim ( 1 ) Boa ( 2 ) Muito boa

Obrigada!!

APÊNDICE H - ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO À: REVISTA PSICOLOGIA – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PSICOLOGIA – APP/ LISBOA, EM 06/08/2012.

## **CÂNCER DE MAMA: FATORES PSICOLÓGICOS DESPERTADOS E A IMPORTÂNCIA DO APOIO AO PACIENTE.**

Claudia Adriana Facco Lufiego<sup>1</sup>

Antônio Frasson<sup>2</sup>

Irani de Lima Argimon<sup>3</sup>

**RESUMO:** A incidência de câncer de mama tem crescido tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e se apresenta como o câncer de maior incidência nas mulheres. O câncer de mama, assim como a mastectomia, afeta o estado emocional da mulher e conseqüentemente da sua família. Sentimentos de angústia, medo, ansiedade, raiva e desesperança são despertados neste momento. O diagnóstico está correlacionado simbolicamente a “sentença de morte” ou “perda de algo”. Este artigo pretende analisar, através de estudos recentes, como o câncer de mama afeta a imagem corporal e a autoestima, trazendo impactos na sensualidade e sexualidade da mulher. Concluindo, o suporte do psicólogo nos momentos pré e pós cirúrgicos, são importantes na manutenção do bem-estar e qualidade de vida da paciente, auxiliando-a na compreensão da experiência do processo do adoecer, minimizando o sofrimento, oportunizando o enfrentamento de problemas e conseqüentemente seu reajustamento psicossocial.

Palavras-Chave: câncer de mama; reconstrução mamária; depressão; ansiedade; autoestima; imagem corporal.

**ABSTRACT:** The incidence of breast cancer has been growing both in developed and developing countries. Breast cancer is the second most common type in the world and the most common one on women. Breast cancer, as well as mastectomy affects women's emotional side and, consequently, their family's. Some feelings like anguish, fear, anxiety, anger and hopelessness are aroused at this time. The diagnostic is symbolically correlated to "death sentence" or "loss of something." This article intends to analyze through recent studies how does breast cancer affect body image and self-esteem, bringing impacts on woman sensuality and sexuality. Finally, psychologist's support on pre and post-surgical moments are important in maintaining the well-being and quality of life of the patient, helping her understanding about the experience of the illness process, reducing the suffering and providing opportunity to confront problems and, consequently, her psychosocial adjustment.

**Key words:** breast cancer, breast reconstruction, depression, anxiety, self-esteem, body image.

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica; mestranda no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC/RS; colaboradora do Centro da Mama do Hospital São Lucas – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup>Médico Mastologista; professor do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia – IGG/PUCRS.

<sup>3</sup>Doutora em Psicologia. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC/RS; Professora do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia – IGG/PUCRS. Pesquisadora bolsista do CNPQ.

## INTRODUÇÃO

Segundo o INCA (2012), o câncer de mama é um problema de saúde pública que merece atenção dos órgãos públicos de saúde pela alta incidência. O câncer de mama representa uma das maiores causas de morte entre as mulheres. No Brasil e no mundo, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente na população e o mais comum entre as mulheres. Este dado é válido tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento, porém o que muda é a expectativa de vida nestes dois grupos. As áreas de maior risco de câncer de mama são: América do Norte, Europa e Austrália, sendo que o risco é mais baixo em regiões menos desenvolvidas da África subsaariana e no Sul e Leste da Ásia, incluindo o Japão. Pesquisas mostram que a possibilidade das mulheres japonesas desenvolver câncer de mama até a idade de 75 anos é um terço em relação ao encontrado em países ricos.

No Brasil, o câncer de mama é a segunda maior causa de óbito entre as mulheres. As taxas de incidência se encontram em uma faixa intermediária de magnitude em relação ao resto do mundo. Em 2012, esperam-se para o Brasil, 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Os RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) analisados, os maiores valores das taxas médias de incidências anuais, ajustadas por idade, por 100 mil mulheres, foram encontrados em Porto Alegre/RS (91,8%); Belo Horizonte/MG (72,8%) e São Paulo/SP (70,1%). A menor taxa foi observada na cidade de Cuiabá (49,6%). Sendo, a maior incidência de câncer de mama nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, dado este que está sendo estudado pelos pesquisadores. Quanto aos fatores de risco associados ao câncer de mama podemos destacar o processo de urbanização da sociedade e sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos (INCA 2012).

O câncer de mama é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células, que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de neoplasias malignas que poder vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e na maioria das vezes, pode ser identificado pelas próprias mulheres, por meio da prática do autoexame (Duarte, 2003). Entretanto, segundo Thuler (2003), a Organização Mundial da Saúde, recomenda que, em países onde o rastreamento mamográfico não está disponível, deve-se encorajar o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio do ECM (exame clínico de mama), com ênfase em mulheres que frequentam serviços de saúde por outras razões, especialmente quando estiverem na faixa etária compreendida entre os 40 e os 69 anos de idade (rastreamento oportunístico).

Apesar dos avanços tecnológicos e na área da saúde, em especial na medicina, quanto ao tratamento do câncer, o diagnóstico está, normalmente, associado a um simbólico equivalente a “sentença de morte”, associada a dor, sofrimento e perdas (Arán, 1996). A reabilitação do paciente com câncer de mama e seu reajustamento social depende de um trabalho multidisciplinar, onde a equipe trabalha visando o bem-estar do paciente e mantendo um bom relacionamento com a mesma e seus familiares (Moreira, 2008). Neste sentido, o psicólogo que trabalha com estes pacientes tem um papel importante no entendimento e compreensão das necessidades emocionais da mulher que vivencia o diagnóstico e as vicissitudes do tratamento.

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, na esfera emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é

imprescindível na assistência ao paciente oncológico (Silva, 2008). O diagnóstico de câncer de mama traz repercussões psicológicas visíveis na vida da mulher. Receber o diagnóstico remete o paciente a questão da finitude e da morte. Além disso, segundo o National Cancer Policy Board dos Estados Unidos (2004), outras ocorrências são: medo da recorrência, sintomas físicos, como a fadiga, problemas de sono ou dor; alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, relações maritais, sentimentos de vulnerabilidade e elaborações existenciais, incluindo-se aí a questão da morte (Cantinelli et al., 2006).

Quanto ao tratamento, o câncer de mama apresenta bom prognóstico, desde que diagnosticado precocemente. O diagnóstico em estágio avançado dificulta o tratamento. Os dados demonstram uma diminuição na sobrevida; comprometimento dos resultados e perda da qualidade de vida das pacientes (Thuler & Mendonça, 2005). O tratamento vai desde a intervenção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e reabilitação. Usualmente o tratamento consiste na combinação de mais de um método terapêutico, aumentando assim a possibilidade de cura, diminuindo as perdas anatômicas, contribuindo com a estética e funcionalidade dos órgãos envolvidos (INCA, 2012).

O diagnóstico de câncer desencadeia uma sobrecarga emocional, podendo ocasionar reações de ajustamento ou quadros afetivos, como depressão, ansiedade ou até psicoses. A estrutura de personalidade e a capacidade do indivíduo para enfrentar problemas são fatores importantes na complexa interação para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos (Cantinelli et al., 2006).

Um estudo feito em Portugal, na Universidade de Coimbra, por Moreira et al. (2008), objetivou analisar a qualidade de vida (QdV) e o ajustamento psicossocial da mulher com câncer de mama. A análise destes aspectos foi feita levando-se em conta duas fases distintas da doença: fase de diagnóstico e fase pós-tratamento, esta última chamada pelos pesquisadores de “fase de sobrevivência”. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: WHOQOL-Bref, HADS e ficha de dados clínicos e sócio-econômicos. A pesquisa demonstrou que o grupo de mulheres recentemente diagnosticadas apresentavam níveis de ansiedade e depressão clinicamente mais elevados em relação aos outros dois grupos (grupo de sobreviventes e grupo de mulheres sem histórico de doença oncológica). Quanto a qualidade de vida, a aplicação dos testes permitiu verificar que as “mulheres sobreviventes” (grupo pós-tratamento) apresentavam melhor QdV que as mulheres recentemente diagnosticadas com esta doença.

Na última década, muitos pesquisadores tem se dedicado ao estudo das repercussões psicológicas do câncer de mama na mulher, assim como a Qualidade de Vida (QV) e adaptação psicossocial desta (Bardwell et al. 2004; Carver, 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Knopf, 2007). Outros pesquisadores também corroboram com a afirmação de que quando a mulher se depara com o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, percebe-se também o aparecimento de medos, angústias, rejeição, alterações na imagem corporal, medo da morte, da perda da autonomia, da dor e do sofrimento, que determinam, normalmente, níveis elevados de perturbação emocional (Massie & Popkin, 1998; Massie & Shakin, 1993).

Burgess et al. (2005), num estudo com um grupo amostral de 222 mulheres com câncer de mama, verificaram que cerca de 33% destas mulheres apresentavam níveis significativos de depressão, ansiedade ou ambos, no período inicial da doença, fase de diagnóstico, índice semelhante ao encontrado pelos pesquisadores da Universidade de Coimbra. Apesar da escassa literatura direcionada pesquisa dos fatores psicológicos e ajustamento psicossocial, em mulheres que tiveram câncer de mama, anos após o tratamento (de 5 à 10 anos após o

tratamento), pode-se dizer que a medida que o tempo avança, apenas uma minoria evolui para alguma perturbação psiquiátrica definida após este tempo (Hewitt et al. , 2004).

Um estudo realizado na UNIFESP, por Medeiros et al. (2010), com o objetivo de determinar a ocorrência de depressão em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora, com ou sem reconstrução mamária, foi observado que não houve diferenças significativas entre os 3 grupos estudados quanto a ocorrência de depressão. A amostra constituiu-se de 75 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, sendo que destas, 25 tinham câncer de mama e foram submetidas a cirurgia conservadora com reconstrução imediata; um segundo grupo (n=25) também realizou cirurgia conservadora, mas sem reconstrução mamária. O terceiro grupo (n=25), grupo controle, consistiu de 25 mulheres sem câncer de mama, mas com a mesma idade e distribuição de nível educacional dos outros dois grupos. Segundo estes pesquisadores, a depressão e a ansiedade estão entre os transtornos psicológicos mais prevalentes em pacientes com câncer, sendo variáveis importantes nos estudos que avaliam a qualidade de vida, particularmente em pacientes com câncer de mama. Quanto a qualidade de vida e a autoestima também devem ser levadas em conta ao se tomar uma decisão quanto ao tratamento do câncer de mama.

Conforme Veiga et al. (2010), em um estudo que avaliou 45 pacientes com câncer de mama, que foram tratadas com cirurgia conservadora e reconstrução mamária imediata, avaliou-se a qualidade de vida e autoestima no pré-operatório e novamente aos 6 e 12 meses após a cirurgia. Foi avaliado um segundo grupo de paciente, 42 mulheres também com câncer de mama, que foram submetidas a cirurgia conservadora sem reconstrução mamária. Este grupo foi avaliado pelo menos 1 ano antes da cirurgia conservadora, usado como grupo controle. Os questionários validados (Short Form-36, versão Brasil, e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg - EPM), foram os instrumentos utilizados. Os pesquisadores concluíram que a cirurgia oncológica tem um impacto positivo na qualidade de vida e autoestima de pacientes submetidas a cirurgia conservadora de mama e cirurgia de reconstrução mamária imediata.

Em um estudo realizado por Fernández-Delgado J. et al., do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário La Paz, em Madri, onde foram avaliadas 526 mulheres, os pesquisadores concluíram que as mulheres que se submetiam a reconstrução imediata estavam mais satisfeitas com os resultados estéticos alcançados e conseqüentemente menos propensas a sentir problemas quanto a sua sexualidade. Este estudo concorda com a premissa de que a reconstrução mamária (imediate à mastectomia, ou depois de alguns meses) ajuda a paciente a recuperar a autoestima, a melhorar a imagem corporal e o equilíbrio psicológico.

Ao se tratar o câncer de mama é importante observar os fatores psicossociais que envolvem esta paciente para uma tomada de decisão terapêutica mais adequada a cada caso. Um estudo empírico, feito no Japão, por Keiichiro et al. (2007), com 102 mulheres, objetivou esclarecer como os fatores psicossociais, como por exemplo, aparência física, autoestima, imagem corporal, sexualidade, apoio do cônjuge e da família influenciam, tanto na tomada de decisão terapêutica, como nos estados de humor das mulheres japonesas no pós-operatório. Conforme estes pesquisadores, os fatores levados em conta pelas pacientes para a tomada de decisão, quanto ao tratamento foram: a possibilidade de cura, a recorrência, assim como o apoio médico. No grupo de mulheres que realizaram cirurgia de reconstrução de mama imediata, elas priorizaram a importância da imagem corporal e da sexualidade como fatores a serem considerados na decisão terapêutica.

Okamura et al. (2005), também sugeriu que os transtornos psiquiátricos estão relacionados com a diminuição das funções, como por exemplo, a imagem corporal em mulheres com recorrência de câncer de mama. O apoio psicológico deve ser dado a estas

pacientes levando-se em conta os valores, especialmente em relação à imagem corporal, sexualidade, ansiedade e medo da recorrência.

Outro estudo realizado no Reino Unido, por Harcourt et al. (2010), com 127 mulheres, que haviam sido submetidas a reconstrução dos mamilos, demonstrou a importância de oferecer informações adequadas ao paciente, dar suporte médico e psicológico durante todo o tempo, para que a tomada de decisão quanto aos procedimentos a serem feitos, seja mais acertada. Isto tudo tendo em vista as necessidades individuais de cada paciente

Estas são algumas das pesquisas feitas sobre o assunto e que elucidam os sentimentos e comportamentos despertados em mulheres acometidas de câncer de mama.

## CONCLUSÃO

Após a análise de pesquisas realizadas com mulheres com câncer de mama, constatou-se que o diagnóstico de câncer de mama está associado, simbolicamente, a morte e perda. Vários são os sentimentos despertados: medo da morte, medo da dor, angústia, ansiedade, raiva, assim como, fadiga, problemas de sono, alterações na imagem corporal, redução da libido, e ansiedades relacionadas ao tratamento.

A depressão e ansiedade são os transtornos psicológicos mais prevalentes. Sendo estes mais intensos na fase diagnóstica do que na fase pós-tratamento. Algumas pesquisas mostram que o ajustamento psicossocial, a redução da ansiedade e depressão se dá a medida que o tempo avança, e apenas uma minoria destas mulheres evolui para algum transtorno psiquiátrico.

A importância de se oferecer informações suficientes e adequadas, assim como observar os fatores psicossociais que envolvem a paciente, são fundamentais para que a mesma participe da tomada de decisão quanto a terapêutica mais adequada ao seu caso. O suporte multidisciplinar, pré e pós-cirúrgico mostra-se importante para a paciente e seus familiares, pois auxilia no seu entendimento do processo de adoecer, no enfrentamento dos problemas, no reajustamento psicossocial e na qualidade de vida da paciente.

## REFERÊNCIAS

- Bardwell, W. A. et al. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13; 595-604, 2004.
- Burgess, C. ; Cornelius, V. ; Love, S.; Graham, J.; Richards, M.; Ramirez, A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. *BMJ*, 702-705, 2005.
- Cantinelli, Fábio S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. PsiquiatriaClínica*. 33 (3), São Paulo, 2006.
- Carver, C. S. Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104 (11 supplement); 2602-2607, 2005.
- Duarte, T.P. & Andrade, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *EstudosemPsicologia*, 8 (1), 155-163, Natal, 2003.
- Fernández-Delgado J. et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology*, 19 (8); 1430-1434, 2008.
- Harcourt D. et al. Patient satisfaction in relation to nipple reconstruction: The importance of information provision. *Journal of Plastic, Reconst. e Aesthetic Surgery*, 64, 494-499; 2011.
- Helgeson, V. S. , Tomich, P. L. Surviving cancer: a comparison of 5-years disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14 (4), 307-317, 2005.
- Hewitt, M. et al. Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer. Washington DC: The National Academies Press, 2004.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2010. Registro de Base Populacional: câncer de mama. Recuperado em 10 de março de 2012, de [http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa\\_neoplasias\\_/Parte455\\_registro\\_de\\_base\\_populacional\\_completo.pdf](http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa_neoplasias_/Parte455_registro_de_base_populacional_completo.pdf).
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2010. Registro de Base Populacional: câncer de mama. Recuperado em 10 de março de 2012, de [http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/Comentários/Parte464\\_registro\\_de\\_base\\_populacional\\_completo.pdf](http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/Comentários/Parte464_registro_de_base_populacional_completo.pdf).
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2012. Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2012. Recuperado em 02 de abril de 2012, de <http://www.inca.gov.br/vigilância/incidência.html>.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2012. Tipos de Câncer: câncer de mama. Recuperado em 02 de abril de 2012 , de [http://www.inca.gov.br/wps/wcm/tipos\\_de\\_câncer/site/home/mama/câncer\\_mama](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/tipos_de_câncer/site/home/mama/câncer_mama).

- Keiichiro, A. et al. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese Breast Cancer patients who underwent various types of surgery: Body Image and Sexuality. *JpnJ.ClinOncol*, 37(6), 412-418, 2007.
- Knobf, M. T. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (1); 71-83, 2007.
- Massie, M. &Popkin, M. Depressive Disorders. In J. Holland (Ed), *Psycho-Oncology* , 518-540. New York: Oxford University Press, 1998.
- Massie, M. &Shakin, E. Management of Depression and Anxiety in Cancer Patients. In W. Breitbart& J.C. Holland (Eds), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
- Medeiros, MCL. et al. Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics*, 65 (12); 1291-1294, 2010.
- Moreira, H. et al. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro de mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 165-184. Coimbra, 2008.
- Okamura, M. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and to quality of life. *Jpn J ClinOncol*, 35; 302-309, 2005.
- Silva, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. Estudo*, 13 (2), 2008. Disponível em <[http://scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1314](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1314), acesso em 13 de maio de 2011.
- Thuler,L.C.S Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *RevBrasCancerol*, 49(4): 227-238, 2003.
- Thuler, L.C.S. & Mendonça, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama em mulheres brasileiras. *Rev. Bras GinecObstetrícia*, 2 (11), 656-660, 2005.
- Veiga, D. F. et al. Quality-of-life and Self-Esteem Outcomes after Oncoplastic Breast-Conserving Surgery. *Rev. PlastReconstrSurg* , 125 (3), 811-817, 2010.
- Venâncio, J.L. Importância do Psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras Cancerologia*, 50 (1), 55-63 , 2004.

APÊNDICE I -E-MAIL DA REVISTA PSICOLOGIA/APP, CONFIRMANDO O RECEBIMENTO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO *científico intitulado: Câncer de Mama: aspectos psicológicos despertados e a importância do apoio ao paciente.*

[RPSICOL] Agradecimento pela submissão



## Revista Psicologia

revista@appsicologia.org

Para claudialufiegoclaudiaadrianafaccolufiego

**De: Revista Psicologia (revista@appsicologia.org)**

**Enviada: quinta-feira, 9 de agosto de 2012 14:38:23**

**Para: claudialufiegoclaudiaadrianafaccolufiego (claudialufiego@hotmail.com)**

Caro/a Dr/a claudiaadrianafaccolufiego,

Antes de mais agradecemos o interesse que manifesta em publicar o artigo "CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DESPERTADOS E A IMPORTÂNCIA DO APOIO AO PACIENTE." na Revista PSICOLOGIA.

Relativamente aos procedimentos, informo que o artigo submetido é enviado para dois a três revisores que procederão à sua análise e emitirão parecer sobre a sua aceitação/aceitação com modificações/reformulação/recusa.

Após o envio do artigo, estimamos comunicar-lhe o resultado do processo de avaliação no prazo máximo de 4 meses.

Através do site utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema em:

URL do Manuscrito:

<http://www.appsicologia.org/gestaorevistas/index.php/rpsicologia/author/mission/123>

Nome de utilizador: claudiaadrianafaccolufiego

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

Agradecemos mais uma vez por seleccionar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Revista Psicologia  
PSICOLOGIA

---

PSICOLOGIA

<http://www.appsicologia.org/gestaorevistas/index.php/rpsicologia>

# **ANEXOS**

## ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG – UNIFESP - EPM**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Como você avalia estas questões, marque apenas uma resposta.

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros)

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente