

RASTREIO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES EM DIFERENTES ETAPAS DO TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA

Eliane Cristina Santichi¹, Gláucia Rosana Guerra Benute², Thiago Robles Juhas,³

Evaldo Cano Peraro⁴, Mara Cristina Souza de Lucia⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres portadoras de câncer de mama. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, realizado com 27 mulheres em tratamento ambulatorial. Todas foram entrevistadas e avaliadas por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em diferentes etapas: pós-diagnóstico (n= 9), pós-cirúrgico (n= 8) e em tratamento quimioterápico (n= 10). **Resultados:** Foi encontrada média de idade de **52,77 anos (DP = 15,11)**; baixa escolaridade; a maioria era casada e possuía alguma religião. Verificou-se a presença de sintomas ansiosos em 37% (n=10), com frequência maior (66,6%) no grupo pós-diagnóstico. Sintomas depressivos foram verificados nos grupos de pós-diagnóstico (22,2%) e pós-cirúrgico (25%). **Conclusão:** O câncer de mama ocasiona importante impacto psicológico na vida da mulher e sofrimento emocional, o qual varia a cada etapa do tratamento, havendo necessidade de assistência diferenciada por parte da equipe de saúde e atendimento psicológico durante todo o processo.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Ansiedade, Depressão, Quimioterapia, Psicologia.

SCREENING FOR SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN DIFFERENT STAGES OF BREAST CANCER TREATMENT

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of symptoms of anxiety and depression in women affected by breast cancer. **Method:** A descriptive, exploratory study conducted on twenty-seven women undergoing outpatient treatment. All of them were interviewed and evaluated by the Hospital Anxiety and Depression Scale at different stages: Post-diagnosis (n= 9), post-surgical (n= 8) and chemotherapy (n= 10). **Results:** A mean age of 52.77 years was arrived at (SD = 15.11); low education levels; mostly married and practiced a bit of religion. The occurrence of anxiety symptoms was verified at 37 percent (n=10), with a greater frequency (66.6 percent) in the post-diagnosis groups. Symptoms of depressive were observed in post-diagnosis groups (22.2 percent) and post-surgical (25 percent). **Conclusion:** Breast cancer causes significant psychological impact on women's lives and emotional distress, which varies at each stage of treatment, requiring differentiated assistance by the health team and psychological care throughout the process.

Keywords: Breast Neoplasm, Anxiety, Depression, Chemotherapy, Psychology.

¹ Psicóloga, aluna do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) – em parceria com Ambulatório de Oncologia Clínica do município de Americana (SP). Psicóloga responsável pelo Serviço de Psicologia do Hospital Municipal de Americana (SP) – Brasil.

² Doutora em Ciências, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia do Instituto Central, HCFMUSP, São Paulo, SP – Brasil.

³ Psicanalista e Psicólogo da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Curso Avançado de Formação Continuada em Psicologia Hospitalar: Saúde, Subjetividade e Instituição, do CEPSIC – Brasil.

⁴ Médico pediatra. Coordenador da UTI neonatal do Hospital Municipal de Americana (SP) – Brasil.

⁵ Diretora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP – São Paulo (SP) - Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer representa o conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, determinando a formação de tumores malignos, que podem se espalhar para outras regiões do corpo. Pode surgir em qualquer parte deste e seu tratamento é realizado através de uma ou mais modalidades combinadas, sendo a principal delas a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com quimioterapia e/ou radioterapia (INCA, 2012).

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente e o mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, representando uma das maiores causas de morte entre as mesmas e podendo ocorrer também em homens. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, são esperados até o final de 2012 cerca de 52.680 casos novos de câncer de mama feminina, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012). Ainda no Brasil, além da alta incidência, a taxa de mortalidade por câncer de mama é elevada, provavelmente pela realização de seu diagnóstico em estádios avançados. Nos países em desenvolvimento a sobrevivência média da mulher após 5 anos gira em torno de 60%, enquanto que, nos países desenvolvidos, em torno de 85% (INCA, 2012). Tal realidade, aliada ao impacto do diagnóstico, ao estigma social do câncer e efeitos adversos dos tratamentos, os quais geram alterações na imagem corporal, sexualidade e relações interpessoais, torna este tipo de câncer o mais temido entre as mulheres (Alves, Silva, Santos & Fernandes, 2010; Ramos & Lustosa, 2009; Araújo & Fernandes, 2008).

O diagnóstico de câncer pode acarretar efeito devastador na vida de quem o recebe, pois, mesmo com os avanços tecnológicos e da Medicina, os quais possibilitaram inovações no tratamento, ainda é sinônimo de morte (Majewski,

Lopes, Davoglio & Leite, 2012), dor e sofrimento (Stumm, Leite & Maschio, 2008). O câncer de mama apresenta-se de forma diferenciada das demais doenças crônicas, pois envolve alterações no esquema corporal devido às cirurgias e tratamentos, dessa forma, ao receber o diagnóstico, a mulher sofre forte impacto psicológico, o qual é evidenciado através do medo de morrer (Fernandes et al., 2012; Caetano, Gradim & Santos, 2009; Araújo & Fernandes, 2008; Conceição & Lopes, 2008; Maluf, Mori & Barros, 2005; Rossi & Santos, 2003), desespero (Caetano et al., 2009), temor pelos efeitos adversos dos tratamentos, como vômitos e alopecia (Conceição & Lopes, 2008), depressão, ansiedade, medo das mutilações causadas pela cirurgia de retirada da mama, angústia, inseguranças e incertezas em relação ao futuro (Fernandes et al., 2012; Machado & Sawada, 2008; Araújo & Fernandes, 2008).

Conforme Araújo e Fernandes (2008), devido ao câncer de mama ser uma doença estigmatizada pelas pessoas e, muitas vezes, pela própria paciente, esta tende a isolar-se do convívio social e familiar, contribuindo para piora de seu estado emocional. Segundo Bergamasco e Angelo (2001), o sofrimento encontra-se presente em todo o caminho percorrido pela mulher após o diagnóstico de câncer de mama, uma vez que, a partir do mesmo, ela passará a conviver constantemente com o medo, incertezas e ameaças em relação ao futuro (Salci, Sales & Marcon, 2009), devido à possibilidade de metástases e recidiva da doença (Silva, 2008).

A descoberta do câncer de mama pode provocar abalo na identidade da mulher, devido ao importante significado atribuído à mama. Esta é um órgão tido como símbolo de feminilidade (Moura, Silva, Oliveira & Moura, 2010), também relacionado ao prazer, sensualidade, sexualidade e estar ligado à maternidade, uma vez que confere à mulher a capacidade de nutrir fisicamente o filho, bem como

trocas afetivas com o mesmo durante amamentação (Ramos & Lustosa; 2009). Ter a mama atingida pela doença e mutilada pelo tratamento interfere na identidade feminina, levando a intenso sofrimento psicológico, o qual ultrapassa o da doença em si, pois provoca alteração da imagem corporal, gera fragilidade emocional, baixa autoestima, dificuldades com a sexualidade, medo da rejeição e comprometimento no relacionamento interpessoal e social (Silva, 2008).

O tratamento para o câncer de mama evoluiu consideravelmente nas últimas décadas, consistindo em cirurgias diversas, as quais podem estar associadas a outras modalidades como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (Conceição & Lopes, 2008). Devido a seus efeitos adversos, o tratamento é considerado, muitas vezes, mutilador, podendo provocar modificações na autoimagem da mulher, perda da capacidade produtiva; desempenho profissional ou doméstico e, conseqüentemente, alterações psicológicas, emocionais e sociais (Makluf, Dias & Barra, 2006).

O principal tratamento é a cirurgia, a qual pode ser a retirada total da mama (mastectomia) ou as cirurgias conservadoras da mama (quadrantectomia e lumpectomia) (Santos & Vieira, 2011). O procedimento cirúrgico em geral provoca, no paciente, alterações emocionais como ansiedade, medo da dor, da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado e medo de morrer, as quais podem dificultar o período pós-operatório (Sebastiani, 2010). Especificamente em relação às pacientes que serão submetidas à cirurgia de mama, além da ansiedade e do medo, a possibilidade da morte devido ao câncer gera, na maioria das vezes, depressão (Alves et al., 2010).

A cirurgia de mama, principalmente a mastectomia, é considerada uma mutilação, conforme valor concedido ao órgão pela mulher (Santos & Vieira, 2011),

provocando alterações na imagem corporal (Oliveira et al., 2010), vergonha, desânimo, sentimentos de perda da feminilidade, de rejeição e inferioridade (Moura et al., 2010) e, conseqüentemente, comprometimento na esfera sexual e social (Fabro, Montrone & Santos, 2008).

Outra modalidade de tratamento é a quimioterapia; método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de antineoplásica, podendo ser administrada depois da cirurgia (adjuvante), tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância, ou antes da cirurgia (neoadjuvante) para se obter a redução parcial do tumor (INCA, 2012).

A quimioterapia é uma abordagem sistêmica (endovenosa), a qual não possui especificidade de atuação, ou seja, atinge também as células não cancerígenas, provocando, como principais efeitos colaterais, náuseas, vômitos, alopecia, fadiga, menopausa induzida, infertilidade, disfunção cognitiva, como prejuízos de memória, ganho de peso, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, bem como redução do desejo sexual, interferindo na qualidade do relacionamento sexual (Santos & Vieira, 2011; Conceição & Lopes, 2008), infecções, anemia, diarreia e/ou obstipação intestinal (Santos & Gonçalves, 2006). Os efeitos agressivos da quimioterapia são uma das principais limitações do tratamento, pois geram forte desgaste físico e emocional, afetam a autoimagem, as relações sociais e intensificam o temor da morte, podendo provocar nas pacientes dificuldades de adesão ao mesmo (Soares et al., 2009).

Os tratamentos, quimioterapia aliada ao procedimento cirúrgico, representam a possibilidade de aumento na sobrevida das mulheres acometidas pelo câncer de

mama, entretanto, durante a realização dos mesmos surgem novas situações de sofrimento físico e psicológico, devido a seus efeitos adversos, comprometendo de forma negativa a qualidade de vida das pacientes (Soares et al., 2009; Conceição & Lopes, 2008).

A modificação do corpo da mulher em função do adoecimento (mutilação, alopecia e, algumas vezes, linfedema – inchaço no braço correspondente ao lado da cirurgia quando há dissecação dos linfonodos axilares) aliada à possibilidade de ocorrência de dor crônica pós-cirúrgica (Couceiro, Menezes & Valência, 2009) tende a provocar baixa autoestima, redução do desejo sexual, sentimentos de menos valia e, com isso, comprometimento no campo do relacionamento afetivo-sexual (Cesnik & Santos, 2012).

O isolamento social é outra possível consequência dos tratamentos para o câncer de mama, devido ao afastamento do emprego (Ferreira, Farago, Reis & Funghetto, 2011) e às restrições das atividades sociais, de lazer, domésticas, de cuidado com os filhos e família (Amaral et al., 2009). O tratamento quimioterápico provoca redução da capacidade produtiva de grande parte das mulheres com câncer de mama (Martins et al., 2009), podendo gerar sintomas depressivos, sentimentos de inutilidade e medo de tornarem-se dependentes (Ferreira et al., 2011).

Para os pacientes oncológicos, a condição do diagnóstico e sua associação com a morte e os efeitos adversos dos tratamentos podem desencadear quadros de ansiedade e depressão (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009; Machado & Sawada, 2008; Cantinelli et al., 2006), situando-se a taxa de depressão nesses pacientes entre 22% e 29% (Bottino et al., 2009).

Especificamente entre as mulheres em tratamento para câncer de mama, devido aos efeitos agressivos do mesmo e à alta taxa de mortalidade pela neoplasia

maligna, há a ocorrência de ansiedade e depressão (Alves et al., 2010; Moura et al., 2010; Cangussu, Soares, Barra & Nicolato, 2010; Araújo & Fernandes, 2008; Avelar et al., 2006; Cantinelli et al., 2006; Teng, Humes & Demetrio, 2005), porém, em geral são pouco considerados na abordagem dessas pacientes, inclusive pelos profissionais de saúde (Moura et al., 2010; Cangussu et al., 2010; Avelar et al., 2006; Cantinelli et al., 2006; Teng et al., 2005). Em função disto, no Brasil, há vasta publicação de artigos científicos a respeito do câncer de mama, porém, escassos trabalhos sobre abordagem emocional, incluindo ansiedade e depressão em pacientes portadoras desta neoplasia maligna (Calegari, Feldens & Sakae, 2011; Moura et al., 2010).

O diagnóstico de câncer de mama e respectivos tratamentos podem gerar na mulher ansiedade e depressão (Alves et al., 2010), medo e tristeza, devido às perdas significativas vivenciadas durante os mesmos. Tais perdas estão relacionadas à enfermidade, sofrimento, mutilação, dificuldades sexuais e de relacionamento (Pacheco, Botega & Silveira, 1996), as quais representam uma ameaça à vida e à integridade física e emocional das mulheres portadoras da neoplasia maligna (Araújo & Fernandes, 2008).

A situação de adoecimento provoca uma alteração do curso de vida dessas mulheres que requer uma resposta de enfrentamento e adaptação à nova realidade (Leite, Amorim, Castro & Primo, 2012), o que nem sempre acontece de forma satisfatória e adequada, devido à instabilidade emocional, medos e incertezas causados pelo diagnóstico de câncer (Araújo & Fernandes, 2008).

Em função das perdas e alterações nos campos físico, emocional, sexual e social vivenciadas pela mulher acometida pelo câncer de mama, faz-se necessário o suporte psicológico à paciente durante todo o processo; do diagnóstico ao

tratamento (Ramos & Lustosa, 2009; Lotti, Barra, Dias & Makluf, 2008; Silva, 2008; Araújo & Fernandes, 2008, Maluf et al., 2005; Venâncio, 2004, Rossi & Santos, 2003), uma vez que o sofrimento psicológico sobrepõe-se ao sofrimento físico da doença em si (Silva, 2008; Araújo & Fernandes, 2008), bem como a seus familiares, os quais também sofrem devido ao medo da perda do ente querido (Fernandes et al., 2012).

Diante do exposto e, considerando-se a alta frequência e incidência do câncer de mama entre as mulheres, torna-se relevante a presente pesquisa, em função da escassez de estudos nacionais sobre distúrbios emocionais (ansiedade e depressão) em pacientes portadoras de câncer de mama em diferentes etapas do tratamento, contribuindo para o conhecimento na área para acadêmicos e profissionais de saúde, bem como para a melhoria da assistência a essas pacientes. Além disso, se faz necessário divulgar mais amplamente a necessidade e a importância do acompanhamento psicológico às pacientes em tratamento para câncer de mama durante todas as etapas do mesmo, bem como a seus familiares e orientações à equipe de profissionais de saúde envolvida no cuidado a essas pacientes.

O presente estudo tem por finalidade avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres portadoras de câncer de mama em diferentes etapas do tratamento da doença. Buscou-se, como objetivo específico, verificar a frequência de sintomas ansiosos e depressivos no pós-diagnóstico imediato, pós-cirúrgico e durante tratamento quimioterápico.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, descritivo exploratório entre os meses de maio a outubro de 2012, cuja amostragem foi constituída por meio de técnica não probabilística, intencional por conveniência.

A amostra foi composta por 27 pacientes do sexo feminino, em tratamento para câncer de mama no Ambulatório de Oncologia clínica, vinculado a Hospital Geral, localizado na cidade de Americana (SP). As pacientes foram divididas em três grupos, os quais foram compostos por 9 pacientes recém-diagnosticadas com neoplasia mamária, 8 em pós-operatório e 10 em tratamento quimioterápico.

Foram considerados critérios de inclusão pacientes do sexo feminino portadoras de câncer de mama em três períodos distintos: recém-diagnosticadas, em pós-cirúrgico (independentemente do tipo de cirurgia) e em tratamento quimioterápico (neoadjuvante e/ou adjuvante) cadastradas no Ambulatório de Oncologia clínica e que aceitassem participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Consideraram-se como critérios de exclusão pacientes que apresentassem déficit cognitivo, avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), pacientes com metástase, com recidiva da doença e em realização de quimioterapia paliativa (sem finalidade curativa) ou hormonioterapia, sendo que, entre a população estudada, todas as participantes apresentaram cognição preservada.

As pacientes foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participarem voluntariamente da presente pesquisa, confirmando sua autorização através de assinatura e consentimento informado. As mesmas foram avaliadas enquanto aguardavam por consulta ambulatorial com o oncologista e/ou mastologista ou com horário agendado especificamente para tal fim. A aplicação deu-se em sala reservada no Ambulatório, guardando-se as condições necessárias

de sigilo e confidencialidade. Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (CAPPesq/ nº 423/11).

A coleta de dados para este estudo foi realizada através da aplicação de três instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), um questionário para identificação dos dados sócio-demográficos e clínicos (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, tempo de diagnóstico e comorbidades clínicas) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

Para a coleta de dados relacionados à presença/ausência de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD, a qual é composta por 14 itens, sendo sete voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983) são: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados formatado por meio do software Microsoft Excel e os resultados dispostos em tabelas na forma de médias, desvios-padrão, frequências absolutas e relativas; sendo divididos em três grupos de interesse por momentos diferentes: mulheres que acabaram de receber o diagnóstico de câncer de mama, em seguimento pós-cirúrgico e em tratamento quimioterápico.

RESULTADOS

A população participante deste estudo foi composta por 27 pacientes portadoras de câncer de mama em tratamento no Ambulatório de Oncologia Clínica, divididas em fases distintas, a saber: 9 recém-diagnosticadas, 8 em pós-cirúrgico (3 mastectomizadas e 5 com cirurgia conservadora de mama) e 10 em tratamento quimioterápico (neoadjuvante e adjuvante).

Nesta pesquisa, observou-se que a idade das mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama variou de 31 a 79 anos, apresentando uma idade média de 52,77 (DP = 15,11), as pacientes entrevistadas em pós-cirúrgico possuíam entre 31 e 74 anos, com idade média de 59,62 (DP = 13,57), já para as mulheres em quimioterapia, a idade foi de 30 a 67 anos, com média de 50,5 (DP = 11,43) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das frequências relativas, absolutas, médias e desvios padrões das variáveis sócio-demográficas distribuídas entre os grupos de interesse: pós-diagnóstico; pós-cirúrgico e em tratamento quimioterápico.

Variáveis	Pós-diagnóstico n=9 n(%)	Pós-cirúrgico n=8 n(%)	Em Quimioterapia n=10 n(%)
Idade Média (DP)	52,77 (15,11)	59,62 (13,57)	50,5 (11,43)
<i>18-35 anos</i>	1 (11,1%)	1 (12,5%)	1 (10%)
<i>36-45 anos</i>	3 (33,33%)	---	2 (20%)
<i>46-60 anos</i>	2 (22,2%)	3 (37,5%)	4 (40%)
<i>60-90 anos</i>	3 (33,3%)	4 (50%)	3 (30%)
Estado civil			
<i>Relacionamento estável</i>	6 (66,6%)	6 (75%)	7 (70%)
<i>Solteira</i>	3 (33,4%)	2 (25%)	3 (30%)
Escolaridade			
<i>Fundamental</i>	6 (66,6%)	7 (87,5%)	6 (60%)
<i>Médio</i>	3 (33,4%)	1 (12,5%)	4 (40%)
Crença de fé			
<i>Sim</i>	9 (100%)	8 (100%)	9 (90%)
<i>Não</i>	---	---	1 (10%)
Religião			
<i>Não tem</i>	1 (11,1%)	---	1 (10%)
<i>Católica</i>	6 (66,6%)	5 (62,5%)	6 (60%)
<i>Evangélica</i>	2 (22,2%)	3 (37,5%)	3 (30%)
Ocupação			

<i>Atua</i>	6 (66,6%)	---	4 (40%)
<i>Não atua</i>	3 (33,3%)	8 (100%)	6 (60%)

Em relação ao estado civil, a maioria das pacientes dos três grupos era casada ou com relacionamento estável, sendo 66,6% (n=6) em pós-diagnóstico, 75% (n=6) em pós-cirúrgico e 70% (n=7) em quimioterapia; quanto à escolaridade, a maioria nos três grupos possuía ensino fundamental, sendo 66,6% (n=6) em pós-diagnóstico, 87,5% (n=7) em pós-cirúrgico 60% (n=6) em quimioterapia; quanto à ocupação, 66,6% (n=6) das mulheres recém-diagnosticadas trabalhavam, 100% (n=8) das pacientes em pós-cirúrgico não trabalhavam e 40% (n=4) das pacientes em quimioterapia trabalhavam.

Em relação a possuírem uma crença de fé (espiritualidade), 100% das pacientes em pós-diagnóstico (n=9) e em pós-cirúrgico (n=8) criam em uma força superior ou em Deus, assim como 90% (n=9) das pacientes em tratamento quimioterápico; quanto à religião, a maioria das pacientes dos três grupos era católica, sendo 66,6% (n=6) em pós-diagnóstico, 62,5% (n=5) em pós-cirúrgico e 60% (n=6) em quimioterapia (Tabela 1).

Com relação ao tempo de diagnóstico (medido em dias), as mulheres recém-diagnosticadas entrevistadas para este estudo apresentaram uma média de tempo de 15,4 (DP = 18,6), as pacientes em pós-cirúrgico 161,2 (DP = 114,4) e em tratamento quimioterápico, 210 (DP = 114,8). Na população de mulheres estudada, a maioria das pacientes em pós-cirúrgico 62,5% (n=5) e em quimioterapia 80% (n=8) relatou possuir alguma comorbidade clínica, enquanto a maioria 55,5% (n=5) das mulheres recém-diagnosticadas não possuía (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das frequências relativas, absolutas, médias e desvios padrões das variáveis clínicas e comorbidades encontradas entre os grupos de interesse.

Variáveis	Pós-diagnóstico n=9 n(%)	Pós-cirúrgico n=8 n(%)	Em Quimioterapia n=10 n(%)
Tempo de diagnóstico (em meses) Média (DP)	15,4 (18,6)	128,7 (134,5)	210 (114,8)
Tempo de tratamento (em meses) Média (DP)	6,4 (3,7)	161,2 (114,4)	210 (114,8)
Comorbidades			
<i>Sim</i>	4 (44,4%)	5 (62,5%)	8 (80%)
<i>Não</i>	5 (55,5%)	3 (37,5%)	2 (20%)
Doenças Associadas			
<i>Hipertensão</i>	2 (22,2%)	3 (37,5%)	5 (50%)
<i>Osteocondromatose múltipla</i>	1 (11,1%)	---	---
<i>Artrose</i>	1 (11,1%)	---	---
<i>Problemas gastro-intestinais</i>	---	2 (25%)	---
<i>Colesterol</i>	---	---	2 (20%)
<i>Hérnia umbilical</i>	---	---	1 (10%)

Nos três grupos a Hipertensão Arterial foi a mais citada por 22% (n=2) das pacientes em pós-diagnóstico, 37,5% (n=3) em pós-cirúrgico e por 50% (n=5) das mulheres em quimioterapia (Tabela 2).

Quanto à presença/ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva nos três grupos estudados, de acordo com a Escala HAD, 66,6% (n=6) das mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama apresentaram sintomas ansiosos, gerando uma média de 8,8 (DP = 5,3) e 22,2% (n=2) apresentaram sintomas depressivos, gerando média de 5 (DP = 5,1), 37,5% (n=3) das mulheres entrevistadas em pós-cirúrgico apresentaram sintomas ansiosos, com média de 5,7 (DP = 4,3) e 25% (n=2) apresentaram sintomas depressivos, com média de 5 (DP = 3,6). Já entre as pacientes em tratamento quimioterápico, apenas 10% (n=1) apresentaram sintomatologia ansiosa, com média de 4,4 (DP = 2,6) e 100% (n=10) não apresentaram sintomatologia depressiva, com média 3,3 (DP = 2,1) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das frequências relativas, absolutas, médias e desvios padrões de sintomatologia ansiosa e depressiva, segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), encontradas entre os grupos de interesse.

Variáveis	Pós-diagnóstico n=9 n(%)	Pós-cirúrgico n=8 n(%)	Em Quimioterapia n=10 n(%)
Ansiedade /Média (DP)	8,8 (5,3)	5,7 (4,3)	4,4 (2,6)
<i>Presença</i>	6 (66,6%)	3 (37,5%)	1 (10%)
<i>Ausência</i>	3 (33,3%)	5 (62,5%)	9 (90%)
Depressão /Média (DP)	5 (5,1)	5 (3,6)	3,3 (2,1)
<i>Presença</i>	2 (22,2%)	2 (25%)	---
<i>Ausência</i>	7 (77,7%)	6 (75%)	10 (100%)

DISCUSSÃO

No presente estudo, em relação aos aspectos epidemiológicos, observou-se que a amostra se apresenta de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012), que apontam para maior incidência do câncer de mama acima de 40 anos. Na população estudada (n=27), mais da metade das pacientes (66,6%) encontrava-se acima de 50 anos, sendo que, destas, 4 possuíam entre 70 e 79 anos. Este aumento da incidência do câncer em pacientes com idade cada vez mais avançada relaciona-se ao aumento da expectativa de vida da população, em função do processo de urbanização e investimentos em ações de promoção à saúde (Silva, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda, baseado no *Controle do câncer de mama: documento de consenso*, de 2004, que seja realizado o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos que não pertençam ao grupo de risco elevado para o câncer de mama.

Para as mulheres que pertençam a este grupo, além do exame clínico anual das mamas, recomenda-se a mamografia anual a partir dos 35 anos (INCA, 2012).

Durante realização da pesquisa com as pacientes acima de 50 anos, estas informaram que o diagnóstico não foi realizado no estágio inicial da doença e que o resultado da mamografia anterior (de dois anos atrás) foi negativo para câncer de mama, o que leva a inferir que a realização de um exame mamográfico anual talvez propiciasse a detecção precoce da doença, possibilitando melhor prognóstico.

Quanto ao estado civil, o fato de a maioria das mulheres ser casada ou estar em união estável pode representar importante fator no enfrentamento do diagnóstico, cirurgia e demais tratamentos. Conforme estudo de revisão sistemática da literatura nacional realizado por Romeiro, Both, Machado, Lawrenz e Castro (2012), o apoio do cônjuge, família e amigos cria uma rede de suporte capaz de auxiliar no fortalecimento emocional da mulher acometida pelo câncer de mama e na adaptação à doença e aos tratamentos, evitando, desta forma, que ela desista da realização dos mesmos.

Outra fonte de apoio utilizada pelo paciente portador de câncer é a espiritualidade e/ou religião. De acordo com Moura et al. (2010), a fé e a religião são consideradas um importante recurso para enfrentamento do medo de morrer provocado pelo diagnóstico e efeitos adversos dos tratamentos, pois geram pensamentos positivos, sentimentos de alívio e esperança, melhorando, assim, as expectativas de cura. A fé em um ser superior funciona como um suporte diante do diagnóstico de câncer, fortalecendo o paciente durante o longo tratamento ao qual é submetido, bem como auxiliando na busca de um significado para a realidade vivenciada (Soares et al., 2009). Na presente pesquisa, a quase totalidade dos três grupos possuía uma crença de fé, sendo a maioria seguidora da religião católica, semelhante a estudo realizado no ano de 2009 por Oliveira et al. (2010), com

mulheres em tratamento quimioterápico, as quais relataram utilizar a religião como suporte para enfrentamento durante a quimioterapia.

Conforme exposto anteriormente, os tratamentos para o câncer de mama contribuem para diminuição da capacidade produtiva de grande parte das mulheres, uma vez que são compelidas a se afastarem do emprego e das atividades domésticas, podendo levar ao isolamento social e comprometimento emocional; sintomas depressivos, ansiosos, entre outros (Martins et al., 2009). Neste estudo, considerou-se como atuação tanto o desempenho profissional quanto doméstico e verificou-se que a maioria das mulheres em pós-diagnóstico trabalhava, nenhuma paciente em pós-operatório trabalhava e a maioria das que estava em tratamento quimioterápico não trabalhava. As pacientes em pós-operatório foram entrevistadas de 15 dias a 1 mês após a realização da cirurgia, ou seja, ainda estavam em fase de recuperação da mesma, algumas ainda com o movimento do braço comprometido, devido a cirurgia ter se estendido também à região axilar, fatores estes que podem explicar o afastamento do grupo todo de suas atividades produtivas. Em relação às pacientes em quimioterapia, o afastamento da metade das pacientes pode ter sido provocado pelos efeitos adversos da mesma, como náuseas, vômitos e fadiga, bem como devido a alguma sequela em decorrência da cirurgia, que possa ter comprometido a movimentação do braço, uma vez que neste grupo também havia pacientes em tratamento adjuvante, ou seja, recebendo quimioterapia após a cirurgia.

O diagnóstico de câncer de mama e os possíveis tratamentos a que a mulher poderá ser submetida, conforme relatado anteriormente, geram forte impacto psicológico, podendo levar à depressão e ansiedade, devido ao estigma relacionado

à doença e aos efeitos nocivos do tratamento à imagem corporal e à identidade feminina.

Embora a taxa de depressão seja relativamente alta entre pacientes oncológicos, frequentemente é subdiagnosticada e, portanto, não tratada (Bottino et al., 2009; Juver & Verçosa, 2008, Diniz et al., 2006). A depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, distúrbio do sono ou apetite, baixa energia e pouca concentração (WHO, 2012). Uma das possibilidades para a dificuldade do diagnóstico de depressão refere-se à similaridade de seus sintomas neurovegetativos (fadiga, anorexia, insônia, dor, retardo psicomotor) aos do câncer e sentimentos provenientes de sua descoberta (Bottino et al., 2009; Teng et al., 2005). Outro fator que pode levar à dificuldade citada relaciona-se a não efetiva comunicação médico-paciente (Diniz et al., 2006), bem como o tempo muitas vezes reduzido das consultas para investigação das questões emocionais (Bottino et al., 2009). A depressão está associada a um pior prognóstico da doença, pois tende a dificultar a adesão aos tratamentos (Calegari et al., 2011; Bottino et al., 2009; Avelar et al., 2006), exacerba os sintomas físicos e piora a qualidade de vida (Cangussu et al., 2010).

Na presente pesquisa, no que se refere à sintomatologia depressiva e ansiosa, foi evidenciado que a mesma se apresentou em níveis diferentes entre o grupo de mulheres em pós-diagnóstico, das pacientes em pós-cirúrgico e em quimioterapia, demonstrando a necessidade de intervenções específicas por parte da equipe de saúde em cada etapa do tratamento. Este achado encontra-se em conformidade com estudo de Rossi e Santos (2003), em que verificaram que cada

fase do adoecimento e tratamento traz implicações psicológicas diferenciadas para a mulher acometida pelo câncer de mama.

Entre as pacientes recém-diagnosticadas, observou-se que o nível de sintomatologia ansiosa apresentado foi maior que a depressiva. Tal fato pode ser explicado em função de o diagnóstico de câncer ainda carregar o estigma de morte e os tratamentos para o câncer de mama serem geralmente agressivos e de longa duração, provocando diversos sintomas físicos e fragilidade emocional. Desta forma, assim que recebe o diagnóstico, a mulher sente medo do desconhecido, de morrer, de deixar os filhos/família, de ser mutilada, rejeitada pelo marido/companheiro, medo do sofrimento e da dor que podem acompanhar o longo tratamento oncológico. Conforme Leite et al. (2012), a situação de adoecimento provoca uma alteração no curso de vida da mulher, em sua rotina e projetos, gerando inseguranças e incertezas em relação ao futuro.

No grupo de pacientes em pós-cirúrgico, o índice de sintomatologia ansiosa foi maior que a depressiva. Um motivo para esta evidência pode estar no fato dessas pacientes terem sido entrevistadas entre duas a três semanas após a cirurgia, ou seja, ainda estavam em fase de realização de curativos e afins, talvez não tendo sido ainda possível para elas entrar em contato com a nova imagem corporal propriamente dita. Outro fator pode estar relacionado às expectativas quanto à retomada da capacidade produtiva, uma vez que a totalidade do grupo não atuava, ou seja, estava afastada de seu desempenho profissional e/ou doméstico. Observou-se, entretanto, que este grupo se apresentou menos ansioso se comparado ao das mulheres recém-diagnosticadas. Um fator relacionado pode ser o alívio sentido por terem sobrevivido à cirurgia, pois o paciente cirúrgico teme morrer durante o procedimento (Sebastiani, 2010). Outro motivo pode ser o fato de algumas

mulheres acreditarem, inicialmente, que a retirada da mama seria a solução para o problema, ou seja, as deixariam livres da doença (Caetano et al., 2009).

No grupo das pacientes em tratamento quimioterápico não houve presença de sintomatologia depressiva e apenas uma pessoa apresentou sintomas ansiosos. A ausência de sintomas depressivos neste grupo contraria os resultados de estudo realizado por Calegari et al. (2010) com mulheres em quimioterapia, no qual 51,5% de sua amostra apresentaram algum grau de depressão. Na presente pesquisa, tal evidência pode estar associada ao fato dessas pacientes receberem assistência biopsicossocial por equipe multidisciplinar desde o diagnóstico até o final dos tratamentos, bem como acompanhamento psicológico durante as sessões de quimioterapia, o que as auxilia na elaboração das perdas vivenciadas ao longo do processo. Outra explicação para a ausência de sintomas depressivos neste grupo pode ser encontrada no fato de que talvez as pacientes que estivessem mais comprometidas emocionalmente não se interessassem em participar do estudo quando convidadas pela pesquisadora enquanto aguardavam por consulta ambulatorial.

Neste trabalho, em relação ao total da amostra estudada (n=27), a prevalência de sintomatologia depressiva encontrada foi de 14,8%, divergindo dos resultados das pesquisas realizadas com mulheres portadoras de câncer de mama por Cangussu et al. (2010), no qual a prevalência de sintomas depressivos foi de 29,6% e por Bottino et al. (2009), cuja sintomatologia depressiva variou de 21 a 33%. Observou-se também, na presente pesquisa, que quanto maior o tempo de diagnóstico e tratamento, menor os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, contrariando novamente os resultados do estudo de Calegari et al. (2010), em que

concluiu que a prevalência de sintomas depressivos tendia a aumentar com a decorrência do tempo de diagnóstico.

Tais achados, no presente estudo, podem relacionar-se aos recursos de enfrentamento utilizados pelas pacientes acometidas pelo câncer de mama, descritos anteriormente, como o apoio conjugal/familiar e o suporte religioso/fé aliados à assistência prestada pela equipe de saúde e ao acompanhamento psicológico recebido durante todo o processo.

No Ambulatório de Oncologia clínica no qual a pesquisa foi realizada, as pacientes iniciam o atendimento psicológico assim que o diagnóstico do câncer de mama é informado pelo mastologista. O suporte psicológico é oferecido durante todas as etapas do tratamento; no pós-diagnóstico, pré e pós-operatório, no Centro Cirúrgico, bem como durante as sessões de quimioterapia e acompanhamento após finalização dos tratamentos, se necessário. O atendimento também é estendido aos familiares/cônjuge da paciente, conforme demanda apresentada. Tal estrutura de trabalho psicológico oferecida encontra-se de acordo com Ramos e Lustosa (2009), Lotti et al. (2008) e Maluf et al., (2005) que apontam para a necessidade de atendimento psicológico desde o diagnóstico, passando por todas as fases dos tratamentos, visando a melhora do ajustamento emocional frente à doença, uma vez que, segundo Bergamasco e Angelo (2001), o sofrimento encontra-se presente em todo o caminho percorrido pela mulher após o diagnóstico de câncer de mama, podendo dificultar o enfrentamento e adesão aos tratamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão da alta incidência do câncer de mama no Brasil e de sua alta taxa de mortalidade, é de extrema importância a detecção precoce da doença, visando

melhor prognóstico, uma vez que, conforme Instituto Nacional de Câncer, ainda não há prevenção da mesma devido à multifatorialidade envolvida em sua gênese.

Conforme exposto ao longo deste trabalho, o câncer de mama e seus tratamentos geram forte impacto emocional na mulher, devido ao estigma de morte que cerca o diagnóstico e à alteração da imagem corporal vivenciada ao longo do processo. Em função do adoecimento e tratamentos, há comprometimento nas esferas física, emocional, sexual, social e de relacionamento interpessoal, podendo a mulher apresentar ansiedade e depressão diante de sua nova realidade, prejudicando o enfrentamento e adesão às terapêuticas.

Cada fase do adoecimento e tratamento traz implicações psicológicas diferenciadas para a mulher acometida pelo câncer de mama, dessa forma, faz-se necessário o conhecimento das mesmas e a inclusão dos aspectos psicossociais no cuidado com as pacientes.

Diante do sofrimento emocional gerado pelo câncer de mama em todas as fases do tratamento do mesmo, da necessidade de ajustamento à nova realidade e de elaboração das perdas vivenciadas ao longo do processo, faz-se imprescindível o acompanhamento psicológico desde o diagnóstico, passando pela cirurgia, até os demais tratamentos, como a quimioterapia. Faz-se necessário também o suporte psicológico à família/cônjuge da paciente.

Espera-se que a presente pesquisa possa contribuir para o aprimoramento do atendimento oferecido às pacientes portadoras de câncer de mama, através da divulgação de seus resultados aos profissionais de saúde da instituição envolvidos no cuidado das mesmas, uma vez que, havendo maior conhecimento das alterações emocionais sofridas pelas pacientes em cada etapa do tratamento, poder-se-á oferecer assistência integral e humanizada. Espera-se também que haja o benefício

direto às pacientes participantes do estudo, pois serão propostas intervenções necessárias à demanda apresentada pelas mesmas. Buscou-se também a instrumentalização dos profissionais de saúde para detecção precoce da sintomatologia de ansiedade e depressão entre as pacientes com câncer de mama para a elaboração de intervenções adequadas, evitando, assim, o agravamento dos sintomas e prejuízos ao tratamento.

O presente estudo não pretende ser conclusivo em sua temática, mas sim instigador de novas pesquisas científicas na área, haja vista o crescente índice de câncer de mama entre as mulheres no Brasil e o efeito devastador de seu diagnóstico e tratamentos para a saúde mental e qualidade de vida das mesmas.

REFERÊNCIAS

- Alves, P. C., Silva, A. P. S., Santos, M. C. L., & Fernandes, A. F. C. (2010). Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 989-995.
- Amaral, A. V., Melo, R. M. M., Santos, N. O., Lôbo, R. C. M. M., Benute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. (2009). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 36-54.
- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery*, 12(4), 664-671.
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Lourenço, L. S., Sarian, L. O. Z., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 15(1), 11-20.
- Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, J. R. C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.

Bottino, S.M.B., Fráguas, R., & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Rev Psiq Clín.*, 36(3), 109-115.

Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. Enferm. UERJ*, 17(2), 257-261.

Calegari, E. G., Feldens, V. P., & Sakae, T. M. (2011). Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(3), 49-55.

Cangussu, R. O., Soares, T. B. C., Barra, A. A., & Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 106-110.

Cantinelli, F.S., Camacho, R.S., Smaletz, O., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., & Rennó Jr., J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(3), 124-133.

Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma visão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.

Conceição, L. L., & Lopes, R. L. M. (2008). O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *R. Enferm UERJ*, 16(1), 26-31.

Couceiro, T. C. M., Menezes, T. C., & Valêncã, M. (2009). Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(3), 358-365.

Diniz, R. W., Gonçalves, M. S., Bensi, C. G., Campos, A. S., Giglio, A., Garcia, J. B., Miranda, V. C., Monteiro, T. A., Rosemberg, M. (2006). O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 52(5), 298-303.

Fabbro, M. G. C., Montrone, A. V. G., & Santos, S. (2008). Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Rev. enferm. UERJ*, 16(4), 532-537.

Fernandes, A. F. C., Bonfim, I. M., Araújo, I. M. A., Silva, R. M., Barbosa, I. C. F. J. & Santos, M. C. L (2012). Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Esc. Anna Nery*, 16(1), 27-33.

Ferreira, D. B., Farago, P. M., Reis, P. E. D., & Funghetto, S.S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras Enferm*, 64(3), 536-544.

Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.

Instituto Nacional de Câncer. *O que é*. Recuperado em 03 de jun. 2012: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.

Juver, J. P. S., & Verçosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 58(3), 287-298.

Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S., & Primo, C. C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enferm.*, 25(2), 211-217.

Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C., & Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.

Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 750-757.

Majewski, J. M., Lopes, A. D. F., Davoglio, T., & Leite, J. C. C. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716.

Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.

Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149-154.

Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Filho, L. P., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, 57(1), 52-62.

Martins, L. C., Filho, C. F., Giglio, A. D., Munhoes, D. A., Trevizan, L. L. B., Herbst, L. G., Vieira, M. C., Taranto, P., & Pachon S. C. (2009). Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.*, 55(2), 158-162.

Ministério da Saúde (2004). Instituto Nacional de Câncer. *Controle do câncer de mama: documento de consenso*. Recuperado em 07 de out. 2012: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

Ministério da Saúde (2012). Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Recuperado em 07 de nov. 2012: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.

Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*, 14(3), 477-484.

Oliveira, C. L., Sousa, F. P. A., Garcia, C. L., Mendonça, M. R. K., Menezes, I. R. A., & Júnior, F. E. B. (2010). Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev. Rene*, vol. 11, número especial, 53-60.

Pacheco, S. S., Botega, N. J., & Silveira, G. P. G. (1996). Repercussões psicossociais em mulheres acometidas por câncer de mama. *Revista Médica PUCRS*, 6(2), Porto Alegre.

Ramos, B. F., & Lustosa, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e Psicologia. *Rev. SBPH*, 12(1), 85-97.

Romeiro, F. B., Both, L. M., Machado, A. C. A., Lawrenz, P., & Castro, E. K. (2012). O apoio social das mulheres com câncer de mama: revisão de artigos científicos brasileiros. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 27-38.

Rossi, L., & Santos, A. M. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

Salci, M. A., Sales, C. A., & Marcon, S. S. (2009). Sentimentos de mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer. *Rev. enferm. UERJ*, 17(1), 46-51.

Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.

Santos, G. C., & Gonçalves, L. L. C. (2006). Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. *R Enferm UERJ*, 14(2), 239-244.

Sebastiani, R. W. (2010). *Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva*. In V.A.A.Camon (Org.), *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática* (pp. 21-64). São Paulo: Cengage Learning.

Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237.

Silva, L. C. (2010). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente com câncer. *Psicol. Am. Lat.* n.19.

Soares, L. C., Burille, A., Antonacci, M. H., Santana, M. G., & Schwartz, E. (2009). A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. *Cogitare Enferm*, 14(4), 714-719.

Stumm, E. M. F., Leite, M. T., & Maschio, G. (2008). Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm*, 13(1), 75-82.

Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.

World Health Organization. Health topics. *Depression*. Recuperado em 10 de jun. 2012: <http://www.who.int/topics/depression/en/>.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 -370.

CONTATO

E-mail: eliane_santichi@yahoo.com.br